This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

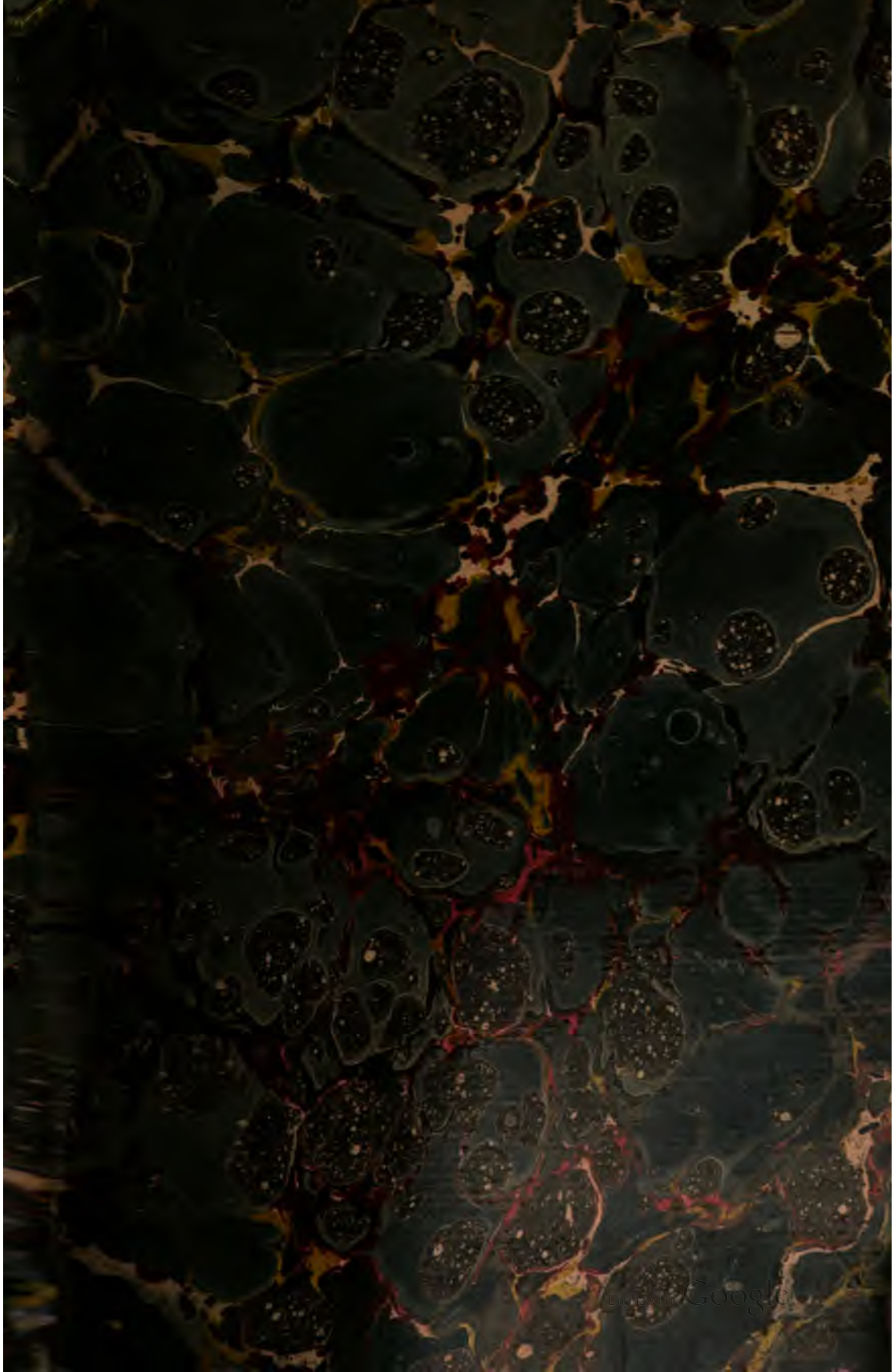
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`



No.

BOSTON

MEDICAL LIBRARY,

19 BOYLSTON PLACE.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

REDIGIERT VON

P. G. UNNA

IN HAMBURG.

NEUNTER BAND.

1889.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT SIEBEN TAFELN.

HAMBURG UND LEIPZIG,

VERLAG VON LEOPOLD VOSS.

1889.

Digitized by Google

1680

BOSTON MEDICAL
JUN 5 1897
LIBRARY.

CATALOGUED
JUN 5 1897
E. H. B.

Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Inhalt.

Originalabhandlungen.

Seite

Über Favusbehandlung, von Dr. Schuster (Aachen) 1
Thiol und Ichthyol, von Dr. Max Lange, prakt. Arzt in Baden-Baden 2
Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut, gehalten im Wintersemester 1888/89 von P. G. Unna.
I. Anämie 7
II. Allgemeines über Hyperämie der Haut. Mit 1 Figur 62
III. Wallungshyperämie 266
IV. Stauungshyperämie 357
Zur Bakteriologie der Verruca vulgaris. Vorläufige Mitteilung von Dr. Georg Kühnemann 17
Über die Dermatitis herpetiformis Duhrings, von Dr. L. Brocq in Paris.
IV. Teil. Polymorphe, pruriginöse, recidivierende Schwangerschafts-Dermatitis (Herpes gestationis) 20. 69
Flora dermatologica, herausgegeben von P. G. Unna. Bacillen, Kokken und Hefeformen, bearbeitet von P. Tommasoli 49
Über die Duhringsche Krankheit und eine neue Form derselben, von P. G. Unna 97
Ein Fall von Lichen ruber acuminatus, von Prof. E. von Düring in Konstantinopel 113
Zur Lichen ruber-Frage, von Dr. Ludwig Török, Assistenzarzt 115
Über Ulerythema sykosiforme, von P. G. Unna 134
Brief aus Konstantinopel, von Dr. E. von Düring 140
Enthält das menschliche Hautfett Lanolin? von Dr. Aug. Santi, Arzt in Bern. 153
Über Dermatitis exfoliativa universalis. Eine Reihenfolge von 21 Fällen, von Stephen Mackenzie 170
Bemerkungen zur Streitfrage bezüglich der Duhringschen Krankheit, von Dr. H. von Hebra in Wien 244
Beitrag zur Histologie der Pityriasis rubra, von Dr. P. Tommasoli 246
Impeticula capillitii, eine neue impetigoähnliche Krankheit des behaarten Kopfes, von Dr. T. Pavloff in St. Petersburg. Mit 2 lithographischen Tafeln 253
Ist der Aussatz ansteckend? von Prof. Dr. G. Smirnoff in Helsingfors 291
Zur Frage von den allgemeinen, mit Röte und Schuppung einhergehenden Exanthemen der Haut, von Dr. L. Brocq in Paris 293
Entstehung und Schicksale des Keratohyalins vor und nach der Geburt, von Dr. T. Pavloff in St. Petersburg 302
Seltene Anomalie des Hodens, von Dr. Leven in Elberfeld 311
Untersuchungen über Reinkulturen des Herpes tonsurans-Pilzes, von H. Leslie Roberts M. B. Mit 3 lithographischen Tafeln 339
Über die Natur der von Zander im embryonalen Nagel gefundenen Körnerzellen, von L. Pollitzer, A. M. M. D. 346
Ein Beitrag zur Histologie des Lupus erythematosus, von Dr. med. Miethke ... 348
Experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers und über die Bubonen, von Dr. August Ducrey, Assistent 387
Ätiologie und Behandlung der Akne, von Dr. Barthélemy in Paris 406
Die Kontagiosität der Lepra und die gegen dieselbe in Rufsland zu ergreifenden Mafsregeln, von Prof. Dr. G. Münch in Kiew 412. 454. 508

Digitized by Google

Seite
Ricord †. Von Dr. H. von Hebra in Wien 435
Über Skrofuloderma, von Dr. Leo Leistikow 438
Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Veterinär-Dermatologie in den letzten Jahren, von Dr. Georg Müller, Professor in Dresden 446. 502
Bemerkungen zu der Abhandlung von H. Leslie Roberts: „Untersuchungen über Reinkulturen des Herpes tonsurans-Pilzes", von Dr. P. Grawitz, Professor in Greifswald 469
Ein Fall von tierfellähnlichem Naevus pilosus-mollusciformis, von Dr. P. J. Eichhoff, Oberarzt der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld. Mit einer Tafel in Lichtdruck.. 483
Beitrag zur Frage von der Pigmentbildung in der Negerhaut, von Dr. Morison in Baltimore 485
Frühbehandlung der Syphilis oder nicht? von Prof. Dr. von Düring in Konstantinopel 490
Chronisch-gonorrhoische Affektionen der Scheidenschleimhaut bei Prostituierten, von Polizeiarzt Dr. Oberländer in Dresden 495
Zur Behandlung der Trichophytia capitis, von P. G. Unna 543
Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung bei der Chrysarobinbehandlung der Trichophytie (Herpes tonsurans), von Dr. von Sehlen, Assistenzarzt .. 547
Über seborrhoische Affektionen und deren Beziehung zu einigen anderen Anomalien der Haut, von Dr. H. G. Brooke, Arzt des Hospitals für Hautkrankheiten in Manchester und Salford und Professor der Dermatologie am Owens College in Manchester. Mit 1 chromolithographischen Tafel..... 553
Antwort an Dr. P. Grawitz, Professor in Greifswald, über die Trichophyton-Frage, von H. Leslie Roberts in London 570

Versammlungen.

Der erste Kongreſs der deutschen dermatologischen Gesellschaft vom 10.—12. Juni in Prag. Liste der Vorträge 47
Programm des internationalen Kongresses für Dermatologie und Syphilographie in Paris 144
62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Heidelberg 1889. Programm. — Allgemeine Tagesordnung. — Abteilung für Dermatologie und Syphilis. — Beschlüsse der 61. Versammlung zu Köln 1888. — Entwurf der neuen Statuten 194
Abteilung für Dermatologie und Syphilis. Angekündigte Vorträge 290
Internationaler Kongreſs für Dermatologie und Syphilographie in Paris 1889. Bericht von Dr. Ludwig Török 201
I. Frage. Über die Konstitution der Gruppe Lichen..... 203
II. Frage. Von der Pityriasis rubra und von den generalisierten, primitiven, exfoliativen Dermatitiden 209
III. Frage. Vom Pemphigus. — Von den komplexen oder multiformen blasigen Dermatosen 114
IV. Frage. Vom Trichophyton tonsurans und von der Trichophytiasis 217
V. Frage. Allgemeine Gesichtspunkte und Dauer der Behandlung der Syphilis 227
VI. Frage. Relative Häufigkeit der tertiären Syphilis. — Günstige Bedingungen ihrer Entwickelung..... 223
Sitzung der dermatologischen Vereinigung zu Berlin vom 2. Juli 1889 280
Bericht über die Sitzungen der Abteilung für Dermatologie und Syphilis während der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Heidelberg vom 18.—23. September 1889, von Dr. L. Philippson-Hamburg 370
Wochenzusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis 471. 519. 571

Digitized by Google

Seite

Besprechungen.

Finger, Dr. Ernst (Wien), Bericht über die Litteratur der Syphilis und der Hautkrankheiten im Jahre 1888 32
Weyl, Dr. Th., Über Vergiftung durch gefärbte Textilfasern 76
Lehmann, Prof. Dr., Molekularphysik, mit besonderer Berücksichtigung mikroskopischer Untersuchungen und Anleitung zu solchen, sowie einem Anhang über mikroskopische Analyse 282
Petzold, Über Komplikationen bei Ulcus molle 283
Letzerich, Untersuchungen und Beobachtungen über die Ätiologie und die Kenntnis der Purpura haemorrhagica (Morbus maculosus Werlhofi) 312
Bergh, Prof. R., Arzt am französischen Hospital zu Beyruth, Die Symptomatologie, sowie die Hautaffektionen des Denguefiebers 314
Pfeiffer, Dr. L., Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den akuten Exanthemen 477
Fischer, L., Ein Beitrag zur Kenntnis des Keloids 479
Miller, W. D., Die Mikroorganismen der Mundhöhle 527
Letzel, Dr. Georg, Die verschiedenen Anwendungsarten der Heilquellen und Quellprodukte des Bades Krankenheil-Tölz in Oberbayern 528
Palmgren, W., Über Phlebektasien an der oberen Extremität und deren Behandlung 529

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie.

Scharlachähnliche Hautausschläge, von Joseph Grindon M. D. 316

Allgemeine Therapie.

Beobachtungen über das Ichthyol nach dreijähriger Anwendung, von Dr. von Hoffmann und Dr. Lange in Baden-Baden 187
Lokale Anwendung des Acetanilid, von A. H. Neroth 316
Über die Anwendung der Ichthyolpräparate in der Dermatotherapie, von Dr. Karl Kopp 316
Die elektrolytische Behandlung der Hypertrichosis, von Dr. H. Montague 317

Physiologisches.

Der Einfluſs wollener Wäsche auf die Hautperspiration, von Dr. W. Lasarew.. 283
Der Einfluſs von Wannenbädern auf die insensibeln Verluste durch Haut und Lungen, von Dr. Draispul 284

Experimentelle Pathologie.

Zur Frage von der Resorption des Quecksilbers im tierischen Organismus, von Dr. Pinner 284

Hygiene der Haut.

Bakteriologische Untersuchung der Kleidung Kranker, von Dr. Fontin 284

Pharmakologisches.

Über Hydracetin, von Dr. P. Guttmann 33
Hydrargyrum salicylicum ganz rein zu bereiten, von J. Kranzfeld 33

Digitized by Google

Seite

Aufbewahrung von Sublimatlösungen, nach Victor Meyer 33
Verfahren zur Jodoformdarstellung im grofsen, von H. Sulliot und H. Raynaud 34
Kielhausers Speickseife, von A. Gawalowski (Brünn) 34
Über Resorption des metallischen Arsens, von Paschkis und Obermayer 34
Über dithiosalicylsaures Natron II, von Dr. Lindenborn 187
Über Entstehung und Therapie des akuten Jodismus, von Dr. Röhmann und Dr. Malachowski in Breslau 383

Zirkulationsstörungen. (Neurosen des Gefäfssystems.)

Über die Behandlung der Stomatitis mercurialis und scorbutica mit Sublimat, von Prof. De Rensi 34
Urticaria nach Morbilli. Vier Fälle von Dr. S. Róna 76
Über Pellagra, von Dr. Alex. Takács, Prim. in Nagy-Somkút 77
Einige Worte zur Pellagrafrage in Ungarn, von Dr. S. Róna 77
Zur Pellagrafrage in Ungarn, von Prof. Dr. Schwimmer 77
Akutes zirkumskriptes Ödem, von Dr. Napier 188
Zur Behandlung des chronischen Beingeschwürs, von Dr. A. S. Coe in Oswegs N. Y 188
Erythema exsudativum in den Halsorganen, von Dr. Schötz in Berlin 285
Ein Vergiftungsfall mit Thioresorcin, von Dr. H. Ammon in Forchheim 317
Purpura neonatorum, von Dr. Dalziel 318
Urticaria nach Gebrauch von pikrinsaurem Ammonium, von C. H. Hughes (St. Louis) 318
Über einen Fall von Gonorrhöe mit Purpura rheumatica, von W. A. Phillips (Evanston) 318
Über einen Fall von Purpura haemorrhagica, von Dr. E. A. Bracklow 318
Über die Resultate der Ausschälungen von Varicen an den unteren Extremitäten, von Dr. Boennecken 422
Urticaria factitia (Dermato-névrose stéreographique) und Erythrasma bei einem heruntergekommenen Alkoholiker, von Dr. Chambard 576
Bemerkungen zu einem Fall von Masern bei einem an Urticaria pigmentata erkrankten Knaben, von A. Morell-Lavallée 576
Die Hauterkrankung bei der Pellagra, von Paul Reymond 576

Einfache Entzündungen.

Die Behandlung der Verbrennungen durch Schwefelsäure, von Ribaud 34
Behandlung des Panaritiums, von Dr. Kapesser in Darmstadt 35
Die Morvansche Krankheit (analgisches Panaritium) 35
Über die Dermatitis herpetiformis Duhrings, von Dr. Dubreuilh 36
Fall von Sulfonal-Exanthem von Dr. G. Merkel in Nürnberg 90
Beitrag zur Jodoform-Dermatitis, von Dr. Kolbe 90
Über Kreolin-Ekzem, von J. Wackez in München 91
Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, von Prof. Schwimmer 91
Beiträge zum Pemphigus der oberen Luftwege, von Dr. H. Zwillinger 91
Pemphigus vulgaris mit vorwiegender Lokalisation an den Schleimhäuten, von Dr. Härschler und A. Irsai 91
Zur Behandlung der Frostbeulen 319
Ausgedehnte Verbrennung der Haut, Heilung, von Herbart C. Jones M. D. 319
Über den Wert von oft wiederholten Dosen Arsenik bei bullösen Hautkrankheiten, namentlich bei Kindern, von Duncan Bulkley 319
Über die Heilung von Karbolekzem durch Lanolin, von Dr. George Meyer ... 422
Heilung von Karbolekzem durch Ung. Diachyl. Hebrae, von Dr. Nagel-Schnackenburg 422
Über die Behandlung von Brandwunden mit Sozojodolkalium, von Dr. E. Ostermayer 529
Über die Folliculitis und Perifolliculitis der Spinner und Weber, von H. Leloir. 531
Pemphigus vulgaris, von Sirsky 531
Neue Vorlesungen über die Hautkrankheiten nervösen Ursprungs. Über Dermatoneuroses indicatrices, von Henri Leloir 531

Digitized by Google

Seite
Über atypischen Zoster gangraenosus und Zoster hystericus, von Prof. M. Kaposi 531
Antipyrin-Exanthem, von v. Kogerer (Wien) 531

Spezifische Entzündungen.

I. Lokale (idiopathische) Hauterkrankungen.

a. Oberhauterkrankungen.

Krätze mit abnormem Verlauf, von Dr. Hecin 36
Ekzem der Flachsspinner und -brecher, von Dr. Lefebore 37
Psoriasis und Gelenkerkrankungen, von Bourdillon 38
Jodkalium bei frischen Fällen von Psoriasis, von Gutteling 189
Trichophytiasis dermica, von R. Campana 189
Über Pemphigus malignus mit Schilderung eines einschlägigen Falles, von A. Ravogli (Cincinnati) 189
Lichen ruber, dessen Vorkommen in Amerika und Unterscheidung von Lichen planus, von R. W. Taylor M. D. (New York) 190
Nicht-juckender Lichen planus als Folge einer Amputation, von Charles P. Russel M. D. (Utica) 190
Haarwasser für die Kopfhaut bei Seborrhoea capitis, von Prof. Liebreich 286
Ein der Schuppenflechte gleichender Hautausschlag mit infektiösem Charakter, von Dr. H. Baaz in Graz 286
Hochgradige Ichthyosis im Säuglingsalter, von Róna 286
Der parasitäre Ursprung der Psoriasis, von Destout in Lyon 320
Mittel gegen Scabies, von Dr. H. Emery in Paris 320
Zur therapeutischen Verwendung des Hydracetin bei Psoriasis, von Dr. Oesterreicher 320
Prophylaxis des Herpes tonsurans der Kopfhaut, von Frederick J. Leviseur M. D. 320
Psoriasis und ihre Behandlung, von Dr. L. D. Bulkley 321
Zur Behandlung der Akne, von Dr. G. H. Fox 321
Zur Behandlung der Psoriasis, insbesondere mit Hydroxylaminum muriaticum, von Fabry 321
Über den Favuspilz, von Elsenberg 321
Zur Prophylaxis des Herpes tonsurans der Kopfhaut, von Frederick J. Leviseur M. D. 423
Klinisches und Ätiologisches über Favus, von Dr. Joh. Fabry 532
Pemphigus acutus epidemicus, von A. d'Haenens 532
Beitrag zur pathologischen Anatomie und Natur der Elemente der Prurigo von Hebra, von H. Leloir und A. Tavernier 532
Über einen Fall von Keratosis (Ichthyosis) follicularis, von James C. White M. D. 533
Fall von Favus bei einem Neugeborenen, von Prof. E. de Smet 534
Über die derzeitige Stellung der amerikanischen Ärzte zum Lichen ruber, ein kritischer Rückblick von L. Brocq 534
Beiträge zur klinischen Geschichte der Pityriasis rubra pilaris (Pityriasis pilaris von Devergie und Richaud), von E. Besnier 534

b. Cutiserkrankungen.

Zur Ichthyolbehandlung des Erysipelas, von Dr. v. Brunn (Lippspringe) 38
Die Bacillen des Rhinoskleroms, von Dr. J. Melle 38
Fall von Pemphigus der Haut, Mund- und Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, von Dr. A. Hirschler und A. Irsai 191
Aktinomykosis abdominis, von Dr. K. Buday 191
Über Akne frontalis s. necrotica (Akne pilaris — Bazin), von C. Boeck 191
Anthrax maligna, von Francis M. Murray 192
Behandlung des Erysipels, von Dr. Calvelli 322
Erysipelbehandlung, von Dr. J. C. White 322
Zur Therapie des Erysipels, speziell dessen mechanische Behandlung, von Dr. H. Kroell 322

Digitized by Google

Seite
Über Trichofolliculitis bacterica, von Dr. P. Michelson 322
Zwei klinisch beobachtete Fälle von Aktinomykose, von Dr. Julius Fessler, Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik zu München 383
Fall von Aktinomykose der Gesichtshaut, von Dr. C. B. Tilanus, Privatdozent der Chirurgie an der Universität zu Amsterdam 384
Zur Behandlung des Erysipels mit Karbolinjektionen, von Dr. P. Samter..... 423
Über die mechanische Behandlung des Erysipels, von A. Wölfler (Graz) 536
Graue Quecksilbersalbe als Abortivum gegen Panaritium, von Dr. A. Model in Memmingen..... 536
Zur Behandlung des Erysipelas migrans, von Dr. Carl Rosenthal..... 536
Zur Kenntnis der Akne frontalis seu varioliformis (Hebra), Akne frontalis necrotiva (Boeck), von Prof. F. J. Pick..... 536
Furunculosis und Polyurie, von R. Spillmann und P. Parisot..... 537
Schwere Rhachitis, absolute Zahnlosigkeit, Kombination von Lichen pilaris und Akne cachecticorum, von v. Genser (Wien)..... 537

II. Allgemeine Hauterkrankungen.

a. Chronische Infektionskrankheiten.

α. *Lepra.*

Ein Fall von Lepra, von Dr. Hallopeau..... 77
Welche sollte die Stellung der Staatsgesundheitsbehörden der Lepra gegenüber sein? von Benjamin Lee..... 78
Klinischer Vortrag über Lepra, von James H. Dunn..... 78
Ein Fall von Lepra, von David Powell 79
Über Lepra auf den Hawaiinseln, von Henry Goulden M' Grew..... 80
Lepra in New Orleans, von Henry W. Blanc..... 80
Lepra. Details einiger im Otter Tail District (Minnesota) vorgekommenen Fälle. 81
Über einen Fall von autochthoner Lepra, von A. H. Ohmann-Dumesnil..... 81
Bericht über drei Leprafälle, von A. van Harlingen..... 82
Über einen Fall von Lepra, von Bransford Lewis 83
Anästhetische Lepra; Ulcus perforans; Nervendehnung; Gangrän des Fufses; Amputation; Heilung mit konsekutivem, häufigem Ekzema und Diarrhöe, von Beaven Rake. 84
Lepra, von Masanao Goto 85
Cashewöl (Akajanufsöl) bei Lepra, von R. H. Bakewell 85
Lepra und deren Einfluſs auf die Luftwege, von Sir Morell Mackenzie..... 86
Bericht über Kulturversuche mit Bacillus leprae, von Beaven Rake 86
Leprabacillen, von Beaven Rake..... 87
Fall von Lepra tuberosa, von Beaven Rake 87
Über die Behandlung der Lepra tuberosa mittels Exzision, von Beaven Rake. 87
Nervendehnung bei Lepra, von Mitra 87
Synopsis von Dr. Rakes Versuchen mit Nervendehnung bei Lepra 87
Bemerkungen über den Wert der Nervendehnung bei Lepra auf Grund von 100 Fällen, von Beaven Rake..... 89
Einige Bemerkungen über die Verhütung der Lepra mittels Isolierung, von H. V. Carter 89
Lepra. Bericht von Reknæs Pflegeanstalt für Leprakranke, von Dr. Kaurin... 323
Persönliche Beobachtungen über Lepra in Mexiko und auf den Sandwich-Inseln, von Dr. Prince A. Morrow 323
Weitere Fälle zum Beweise der Kontagion der Lepra, von Zuriaga..... 577

β. *Tuberkulose.*

Roter Streifen auf dem Zahnfleisch an der Umschlagstelle auf den Zahnhals, von G. Sticker 39
Karzinom auf Lupus, von L. Nielsen 324
Über Lupusexzision und deren plastische Deckung, nebst einigen Bemerkungen zur Thierschschen Transplantation, von Dr. E. Senger in Krefeld..... 325
Lupus auf der Fufssohle eines 5jährigen Kindes, von Drs. Charon und Gevaert 577

Digitized by Google

Seite

γ. *Syphilis.*

Über Chinintherapie in einigen schweren Fällen von Syphilis, von Dymnicki .. 39
Syphilis hereditaria, von Désir de Fortunet 39
Ein Fall von Induratio primaria tonsillae, von Dr. S. Róna 192
Über eine ungewöhnliche Art von extragenitaler Syphilisinfektion 192
Über das Alter, den Ursprung und die Benennung der Syphilis in Bosnien und der Herzegowina, von L. Glück 287
Rheumatismus gonorrhoicus oder Syphilis? von Dr. Schuster 287
Über Syphilis der Lungen und der Pleura, von Dieulafoy 287
Bemerkungen über die therapeutische Verwertung der Hypnose, von Dr. Schuster in Aachen 288
Über Einspritzungen von Kalomelöl und Oleum cinereum, von Dr. Löwenthal 325
Über Hydrargyrum salicylicum, von Hahn 326
Extragenitale Syphilisinfektion, von Pospelow 326
Syphilismikroorganismen, von F. S. Eve (London) 326
Über intramuskuläre Merkurialinjektionen bei Syphilis, von Buckmaster Drale 327
Über den diagnostischen Wert der Jodide bei Syphilis, von Dr. J. Will. White 327
Über den Wert der Lokalbehandlung bei Syphilis, von Joseph Zeisler M. D. 327
Gehirnsyphilis, von R. M. Parsons 328
Gehirnsyphilis, von E. D. Fischer 328
Syphilitischer Substanzverlust am harten Gaumen; Verschluſs durch plastische Operation, von Dr. Mc. Burney 328
Syphilitische Epididymitis, von Dr. G. W. Davis 328
Pathognomische Residuen der Syphilis am Auge, von Dr. Peltesohn in Hamburg 424
Die Behandlung der Syphilis mittels Injektionen von Oleum cinereum, von Dr. G. Mandry 424
Syphilis und Tuberkulose, von Elsenberg 538
Beiträge zur Kenntnis der pharyngonasalen Syphilisaffektionen, von Dr. P. Gerber 538
Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Thymol- und Salicylquecksilber, von Dr. Eduard Welander-Stockholm 539
Über den Verlauf der im vorgerückten Alter erworbenen Syphilis, von Alex. Renault 578
Über das Ektropium infolge von Gesichts-Syphilis, von H. Hallopeau und Louis Wickham 580
Einige Bemerkungen über die hereditäre Syphilis, von Dr. Boulangier 580
Syphilis maligna praecox 580
Autoinfectio syphilitica — Postinitiale Infektion, von Karl Ullmann 580
Über die Beziehungen der Tabes und der progressiven Paralyse zur Syphilis, von Prof. Dr. A. Strümpell in Erlangen 581
Einige Worte über Behandlung der Syphilis mit subkutaner Kalomelinjektion, von Dr. Tacke in Wesel 581
Zahlreiche verhärtete Gummata am Isthmus faucium, von A. Royer 581
Über einen Fall von Keratitis interstitialis bei einer Frau mit Lues acquisita, von A. Trouseau 581
Vier Fälle von Hydarthrose im sekundären Stadium der Syphilis, von A. Gouget 582
Veränderungen in der Hautfärbung bei einem Syphilitischen im sekundären Stadium, von Chauveau 582
Syphilitische Pseudo-Paralyse (Parrotsche Krankheit), von A. Delansorne 582
Über eine Erkrankung des Ohrknorpels im sekundären Stadium der Syphilis, von Dr. Louis Jullien 582

b. Akute Infektionskrankheiten.

Ein Beitrag zur Varicellenfrage, von Dr. Kluczenko 40
Experimentelle Untersuchungen über Scharlach, von Perret 41
Eine morbilliforme Rötelnepidemie, von Dr. Enko 288
Interessante Beobachtungen über Rubeola, von Dr. Reimer 289
Variolabehandlung, von Dr. Alex. Hartge in Dorpat 289

Digitized by Google

Seite

Über antiseptische Behandlung der Variola, von Dr. M. Lewentaner in Konstantinopel 289
Prophylaktisches Erfordernis bei ansteckenden Krankheiten und besonders bei Masern, von Richard 328
Art der Übertragung der Masern und der Diphtheritis, von Sevestre 329
Über diphtheritische Geschwüre am Perineum, von W. Hill (London) 329
Über ein eigentümliches Exanthem, von Dr. Gruwe 425

Sekretionsanomalien.

Chromsäurelösung gegen Fufsschweifs 41

Progressive Ernährungsstörungen.

Sarcoma idiopathicum multiplex cutis, von Prof. Schwimmer 90
Fall von multiplem Molluscum fibrosum, von E. T. Tappey (Detroit) 193
Kataraktbildung bei teleangiektatischer Ausdehnung der Kapillaren der ganzen Gesichtshaut, sowie der Haut an den Händen und Vorderarmen, von A. Nieden 193
Über Keloid bei einem Neger, von Prof. G. Lewin 193
Ein Fall von Morbus Addisonii, von Dr. Axel Sjöström 193
Fall von Xanthoma multiplex, kompliziert mit Leberleiden, von Dr. Ludwig Polyak 329
Disseminierte Pigmentbildung nach Anwendung von Arsenik, von Dr. W. M. Leszynsky 330
Ulcus rodens, von Dr. Milroy 330
Beitrag zur Histologie des Xanthoms, von Gallemaerts und Bayet 583
Das polypöse Sarkom der Vagina im Kindesalter, von A. Kotisko (Wien) 584
Über dicht gedrängt stehende Warzen (verrues confluentes) auf beiden Schenkeln, von Dr. Gémy 584

Regressive Ernährungsstörungen.

Über einen Fall von kongenitaler Atrophie der Augenbrauen und Lider nebst Atrophie sämtlicher Fingernägel, von R. Tilley M. D. (Chicago Ill.) 330
Klinische Bemerkungen über Ulcus perforans pedis, von John A. Wessinger (Howell) 331
Die Differentialdiagnose zwischen Aïnhum oder kongenitaler Mifsbildung, von Proust 331
Alopecia simplex, von Dr. E. Besnier 331
Alopecia areata, von Duncan Bulkley (New York) 331
Hereditäre Verhältnisse bei Trichorrhexis nodosa, von Dr. Lindsay-Steven ... 331
Über einen Fall von partieller Sklerodermie, mit Übergang in halbseitige Gesichtsatrophie, kombiniert mit Alopecia areata, von Dr. O. Rosenthal (Berlin) .. 332
Scleroderma circumscriptum (Morphoea), von Henry Handford M. D. 425
Zwei Fälle von Gangrän der äufseren Hautdecken, von Dr. v. Düring 426

Mifsbildungen.

Ein Fall von schwimmhosenartigem, tierfellähnlichem Naevus piliferus pigmentosus, von Dr. M. Joseph in Berlin 92

Pathologie des Urogenital-Systems.

Polyp der Harnröhre, von Dr. J. Neuberger 92
Ein Fall von Strangulatio penis, von Dr. M. Bruck 92
Fall von Calculus urethralis. Extractio. Urethritis et Cystitis crouposa. Steinoperation. Heilung, von Dr. Johann Bókai jun. 92
Extraktion eines Fremdkörpers aus der Blase nach schneller Erweiterung der Harnröhre, von Prof. T. Kézmarszky 93
Auswaschung und Ausspritzung der Blase, von Prof. Géza von Antal 93
Heilung der Impotenz durch Radikaloperation der Varicocele, von Ségond 426

Digitized by Google

Seite

Über die Anwendung der Kokainanästhesie bei der Blasensteinzertrümmerung, von Dr. A. Freudenberg (Berlin) 427
Zur Blasenpunktion, von Dr. Posner 427
Zur Therapie der Prostatahypertrophie und chronischen Cystitis, von Dr. Fehleisen 427
Zur Klinik der Samenblasenkrankheiten, von Dr. M. Horovitz 428
Angeborene konträre Sexualempfindung. Erfolgreiche hypnotische Absuggerierung homosexualer Empfindungen, von Krafft-Ebing 428
Färbung der Smegmabacillen nach einem modifizierten Verfahren von Ehrlich und Lustgarten, von E. Welander in Stockholm 429
Angeborener, scheinbar absoluter Aspermatismus, übergeführt durch örtliche Behandlung in relativen Aspermatismus. Befruchtung während des letzteren Zustandes, von Peyer 429
Ein neuer Harnröhrenspülapparat für die gesamte Harnröhre, von Lohnstein .. 429
Eine Haarnadel in der Harnblase, von Antal 429
Über die Abhängigkeit der Harnmenge von der Häufigkeit der Blasenentleerung, von Preyer 430
Ein Beitrag zur Kenntnis des Urethralfiebers, von Zülzer 430
Über psychosexuales Zwittertum, von v. Krafft-Ebing 430
Zur Endoskopie — ein leichtes Verfahren ohne kostspieligen Apparat, von Dr. Linhart, k. k. Marinestabsarzt 585

Blennorrhöe.

Urethritis membranacea desquamativa, von Dr. A. Pajor 94
Über Injektionen bei Gonorrhöe, von Eraud 94
Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica (Urethritis externa — Oedmansson), von Dr. C. Touton 94
Behandlung der chronischen Gonorrhöe, von Bender 332
Ein Beitrag zur Salbensondenbehandlung der chronischen Urethritis, von K. Szadek 332
Mittel gegen Ophthalmia blennorrhagica, von Higgens 333
Periurethritis dissecans, von W. Matlakowski 584
Zur Injektionsbehandlung der akuten Gonorrhöe, von Dr. L. Friedheim 585

Aus der Praxis. (Korrespondenz. Kasuistik.)

Die Behandlung des Ekzems mit Resorcinumschlägen, Vortrag von Dr. P. G. Unna, mitgeteilt von Dr. Clasen 44
Anwendung unlöslicher Merkurialpräparate bei der Behandlung der Syphilis und über gewisse dabei vorkommende Komplikationen, von Dr. von Watraszewsky 384
Wo ist heutzutage die Anwendung des Paquelins in der dermatologischen Praxis unumgänglich? Nach einem Vortrage von Dr. P. G. Unna, mitgeteilt von Dr. Clasen 431
Natronsulfhydrat als Enthaarungsmittel, von Dr. Clasen 434. 541
Papulöses Syphilid der Handteller und gynäkologische Praxis, von Dr. P. G. Unna 434. 480
Symmetrische Keratodermie oder keratoides Ekzem der Hände, von Dr. P. G. Unna 540
Gebrauch des Ichthyols bei innern Krankheiten, von Dr. P. G. Unna 586

Verschiedenes.

Antipyrin bei Haut- und nervösen Erscheinungen bei Diabetes mellitus, von Germain Sée 95
Über Myositis ossificans, von Dr. Kronecker 95
Über Hautüberpflanzung nach Thiersch, von Dr. Felix in Braunschweig 95

Digitized by Google

Seite

Schwarze Haarzunge, von Dr. F. J. Leviseur 96
Zur bakteriologischen Technik, von Dr. C. Günther 96
Über den Einfluſs der Beschäftigung bei Hautkrankheiten, von G. Leslie Foley (Boston) 290
Beriberi, von W. A. Morris 333
Haarwasser, von Rabow 383
Über die kreisförmige Exfoliation der Zunge, von Dr. A. Bayet 482
Die Gicht und ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen, von Dr. G. Mayer 482
Tabes dorsalis und ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen, von Dr. G. Mayer 589
Die wichtigsten Vorkommnisse des Jahres 1888 auf dem Gebiete der Bakteriologie, von Dr. C. Günther 590
Dermatologisches Laboratorium von Dr. Unna 386

Personalien 148

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur 338. 434

Druckfehlerberichtigungen 200. 482

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 1. 1. Juli 1889.

4202

BOSTON MEDICAL LIBRARY JUN 5 1897

Über Favusbehandlung.

Von

Dr. Schuster

in Aachen.

In No. 10 der *Monatshefte* wird aus Glasgow über einen Favusfall des Kopfes berichtet, der nach achtwöchentlicher täglicher Behandlung — alkalinische Waschungen mit folgender Einreibung von Resorcinpulver — nicht geheilt war.

Die Hauptaufgabe der Behandlung besteht ja in der Vernichtung der in den Haarfollikeln und den Haaren befindlichen Pilzelemente.

Entfernung der ablösbaren Favusmassen, tägliches Epilieren der kranken Haare, Anwendung von parasitären Mitteln werden von Kaposi in seinem Handbuche empfohlen. Es wird hinzugefügt, dafs unter allen Umständen die Behandlung des Favus am behaarten Kopfe mehrere Monate in Anspruch nimmt.

Ich habe nun vergebens bei der Aufzählung der parasitentötenden Mittel in den Handbüchern bis jetzt eines Mittels Erwähnung gefunden, das ich in den ersten Jahren meiner Praxis mit überraschendem Heilerfolge bei Kopffavus anzuwenden Gelegenheit hatte, und dessen damalige einfache, wie ich glaube auch jetzt noch nachahmenswerte Anwendungsweise ich hiermit veröffentlichen will.

Das Mittel besteht in der Einwirkung der schwefligen Säuredämpfe auf den erkrankten Kopf. — Zu dem Zwecke liefs ich vom Buchbinder aus Karton einen etwa 50 cm hohen, oben und unten offenen Cylinder machen, dessen untere Öffnung sich über den Kopf bis zur Stirn gut anpassend senken läfst, dessen obere Öffnung durch einen Kartoncylinderhut oder Deckel durch Überstülpen geschlossen werden kann.

Im untern Drittel des beiderseits offenen Cylinders brachte ich ein Bindfadengestell derart in einer Ebene an, dafs starker Bindfaden senkrecht auf die Wandungen des Cylinders in verschiedenen Durchmessern durchgezogen wurde, deren Kreuzungspunkt spinnwebeartig von Bindfadenkreisen umgeben ist. Letztere bilden ein Gestell, auf dem eine Porzellanschale ruhen kann. Die Durchstichpunkte werden aufsen luftdicht ver-

Digitized by Google

klebt. Will man den Apparat gebrauchen, so wird der Cylinder dem sitzenden Kranken in die Stirn gedrückt und zur Erzielung des Luftabschlusses ein Tuch oder Kautschukring um Stirn und Hinterkopf fest umgebunden.

Jetzt wird durch die obere Öffnung eine mit brennendem Schwefelspan belegte Untertasse auf das Bindfadengestell gesetzt und nun der oben geschlossene Kartoncylinderdeckel als Verschluſs über den noch offenen Cylinder geschoben, so daſs letzterer von dem tief einschiebbaren Deckel eingeschachtelt ist. Nun bleibt der Kranke eine halbe Stunde ruhig sitzen. Es füllt sich der ganze Cylinderraum mit schwefligem Säuregas, das auch nach einer halben Stunde noch nicht verflüchtigt ist, während der Schwefelspan nach Verbrauch des vorhandenen Sauerstoffes bald erlosch. Die Sitzungen finden täglich statt und haben nur die eine Unbequemlichkeit des Stillesitzens. Schon nach einigen Sitzungen merkt man deren günstige Einwirkung; innerhalb 6 bis 8 Wochen ist der schwerbefallene Kopf favusfrei, und die früher stark erkrankten Stellen sind glatte, weiſse, kahle Inseln geworden.

Natürlich darf das kurze Abschneiden der Haare, Erweichen der Borken durch Öl und deren Entfernung, sowie Reinigen des Kopfes durch Seifenwaschungen nicht versäumt werden.

Dieses Verfahren dürfte sich auch bei Herpes tonsurans des Kopfes eignen.

Thiol und Ichthyol.

Von

Dr. Max Lange,
praktischer Arzt in Baden-Baden.

Ich habe mit Dr. v. Hoffmann, der eine Augenheilanstalt leitet, seit zwei Jahren das Ichthyol fast täglich zu benutzen Gelegenheit gehabt, habe aber nur in ganz seltenen, vereinzelten Fällen auf Grund unüberwindlichen Widerwillens davon Abstand nehmen müssen, ja es fügten sich gebildete und vornehme Patienten meist leichter dem Mittel, und so schien uns das Thiol durchaus kein dringendes Bedürfnis, falls es die gleiche Wirkung hätte. Von der gleichen Wirkung des Mittels habe ich mich aber nicht überzeugen können.

Digitized by Google

In der Arbeit von Dr. Reeps wird von Thiolsalzen gesprochen, dieselben existieren jedoch nicht, sondern nur die eine Flüssigkeit, Thiol genannt. In folgenden Fällen prüfte ich Thiol und Ichthyol:

1. Mädchen, 13 Jahre alt, allgemeine Tuberkulose, profuse Nachtschweifse, bekommt in ungeheizter Dachkammer akuten Gelenkrheumatismus in Schulter-, Ellbogen-, Handgelenken beiderseits. Rechts Thiol, links Ichthyol messerrückendick aufgestrichen mit Watte bedeckt. Nach 24 Stunden ist die Bewegung links kaum schmerzhaft, die Haut geschrumpft; rechts sehr schmerzhaft, die Schwellung dieselbe. Nach weiteren 24 Stunden links aktive Bewegung möglich; rechts geringe Besserung. Die Heilung unter Ichthyol in 5 Tagen, unter Thiol in 12 Tagen.

2. Verbrennung des rechten Ober- und Unterschenkels und Fufsrückens mit kochendem Wasser. Sofort Thiol und Ichthyol aufgetragen. Unter Thiol schwand der Schmerz sofort, unter Ichthyol in 7 Minuten. Nach einer viertel Stunde kehrte der Schmerz unter Thiol wieder und hielt 2 Stunden an. Die Ichthyolhaut bedeckt sich mit Schweifströpfchen und schrumpft, die Thiolhaut erhebt sich in einer schlaffen Blase. Die Thiolbehandlung dauerte gerade so lange wie irgend welche Behandlung einer Brandwunde.

3. Bei einem 15jährigen, sehr indolenten Knaben stehen die ganz kurz geschnittenen Haare des Kopfes auf einer blinkenden, zähen, grüngelben Eiterfläche. Nach Entfernung des Eiters findet sich die Kopfhaut mit kleinen, platten, blassen Granulationen bedeckt, die Haare sitzen sehr fest. Diese ganze Fläche wird zu je ¼ mit Ichthyol pur, Thiol pur, sterilisierter Glycerin-Gelatine und Salicylgazeverband bedeckt. Die wachsenden Haare lockern die aufgetragenen Schichten. Am dritten Tage ist die Ichthyolhaut überall leicht abzuziehen, und findet sich eine rosige, geschlossene, glatte Haut darunter. Die Thiolhaut hat ein wunderliches Aussehen, mit der Lupe erkennt man die blassen Granulationen, zwischen denen das schwarze Thiol liegt, nirgends ist ein Häutchen zu entfernen; es wird noch einmal Thiol dick pur aufgetragen und findet sich danach am zweiten Tage ein zäher abwischbarer, schwarz gefärbter Eiter. Der Auftrag des Ichthyol macht bis zu 15 Minuten Schmerzen, der Thyolauftrag kühlt angenehm. Eine Wirkung auf die Epithelien kann ich dem Thiol nicht zuschreiben, auch ist die färbende Eigenschaft des Thiols unangenehmer, als die des Ichthyols, das erstere läfst sich vollständig mit Wasser entfernen, das Ichthyol nur mit der von ihm durchdrungenen Epithelschicht. In diesem Falle war die Thiolheilung die denkbar langsamste und schlechteste; die Gelatineschicht schien den pathologischen Zustand zu konservieren. Ichthyol heilte schliefslich den Kopf in wenigen Tagen.

Digitized by Google

An fünf kleinen Kindern mit Ekzemen der Kopfhaut war es sehr deutlich zu sehen, dafs eine spezifische Wirkung auf die Bildung einer gesunden Oberhaut dem Thiol absolut nicht zukommt, es wirkt wie viele trocknende, bedeckende Mittel, ja wir haben viel bessere und angenehmere Mittel. Das Ichthyol dagegen wirkt, wenn man sich die Mühe nimmt, für jeden Fall das passendste Verfahren auszusuchen, eine starke oder schwache Wirkung herbeizuführen, entschieden schneller, als irgend eines der bekannten Mittel. Wundervoll wirkte es in einem Falle, wo ein Erysipel von der Nase aus über den Kopf zog; es wurde die Haut dick mit Ichthyol bedeckt, und nach einer Stunde schlief das Kind, nach 6 Stunden war das Thermometer von 40,6 auf 38,5 gefallen, und nach 24 Stunden war das Kind fieberfrei, nach 48 Stunden war unter den abziehbaren, trockenen Ichthyolhäutchen gesunde, geschlossene Haut.

Endlich habe ich bei einem Knaben von 16 Jahren, der seit September 1888 pro Tag 3,5 Gramm Ichthyol einnimmt, im November, Januar, März und Mai Harnstickstoffbestimmungen gemacht. (Nach Entfernung der Chloride, mit Quecksilberlösung titriert. Salkowsky pag. 43—46.) Ich wollte, wie das bei unvollkommenen, auf einen Punkt gerichteten Untersuchungen nur sein kann, vergleichbare Zahlen gewinnen. Die tägliche Ausscheidung von Harnstickstoff ohne Ichthyolgebrauch schwankte von 25,2—29,1 Gramm. Ichthyolgebrauch, Dosen von 0,1, liefsen sofort einen Einfluſs erkennen. Ohne Ausnahme wird weniger ausgeschieden, wie Zuelzer es zuerst gefunden. Ich will hier bemerken, dafs der Knabe, von Kindesbeinen an leidend und schwach, zu einer „nie dagewesenen Gesundheit“ durch die Ichthyolkur gekommen ist. Ich habe nun in weiche Kapseln das Thiol gefüllt, pro Tag 3 Kapseln mit 3 Gramm Thiol, und es an Stelle des Ichthyols nehmen lassen. Es wurde garnicht bemerkt, denn wie ich bestätigen kann an mir und wohl vielen hundert Patienten, verliert sich bei dem Gebrauch der weichen Ichthyolkapseln, die ja überhaupt nicht schmecken, das Aufstofsen, welches das Ichthyol verraten könnte, vollkommen. Nach zwei Tagen traten aber geringe Leibschmerzen und breiige Sedes auf, die anhielten, so lange Thiol gereicht wurde. Die Stickstoffausscheidungen wurden aber dann geringer, wenn einige Tage Diarrhöe bestand, das Harnquantum war darum nicht geringer, weil der gesteigerte Durst und die Wärme zu reichlichem Wassertrinken — der Knabe trinkt weder Bier noch Wein — aufforderten.

Dafs der Ichthyolharn nach Veilchen riecht, habe ich eigentlich niemals recht finden können. Der Thiolharn unterschied sich an Farbe meist nicht vom normalen Harn. Nur bei langer Dauer des Ichthyolgebrauches riecht der Harn eigenartig und nur in einem Falle deutlich veilchenartig an Ozon zugleich erinnernd, die Harnfarbe ist nicht cha-

Digitized by Google

rakteristisch. Interessant war mir, dafs Spargelharn nicht nach Spargel riecht, nimmt man zugleich mindestens 1 Gramm Ichthyol, was ich oft und wiederholt an mir probiert; dagegen kann Thiol den Spargelharn nicht von dem spezifischen Geruch befreien, ich nahm 3 Gramm. Diese wenigen Beobachtungen können zu weiteren wohl auffordern, um so mehr, als eine Dissertation von Dr. REEPS-RIEDEL, die aus allem bisher über Ichthyol Erschienenen Bestimmtes excerpiert hat und die in die geschätzten *Charité-Annalen* Eingang gefunden, die Sache: Thiol und Ichthyol endgültig entscheiden zu können glaubt.

In den letzten Wochen habe ich bei Gichtikern und in einem Falle, wo ein hartnäckiger und schmerzhafter Lumbago bestand, mit Ichthyol-Lithium bis täglich 2,5 Gramm ganz überraschende Erfolge gehabt und zwar bei einem Patienten, der sich mit dem Ichthyol durchaus nicht einlassen wollte, der aber durch sofortigen Erfolg von der Wirkung sich überzeugen konnte, der Lithium in Massen bisher genommen ohne Erfolg. Hier schien Lithiumwasser mit Thiol ebenso zu wirken; aber bald trat wieder Durchfall ein, der auf Ichthyollithium sofort verschwand, und erst dann sagte mir der Patient, ich hätte ihm etwas andres gegeben, er habe es gleich empfunden. Obwohl ich grofse Mengen Ichthyol-Ammon-Natrium und Lithium selbst eingenommen, habe ich niemals Unbequemlichkeiten davon gehabt, kann aber mit Bestimmtheit von mir und vielen Patienten versichern, dafs am wirksamsten und am leichtesten verdaulich die Lösung: Ichth. Spirit. aeth. $\overline{aa}$ tropfenweise, in Wasser ist. Ferner ist reichliches Nachtrinken von Wasser ebenfalls zu empfehlen. Thiol macht auf mich gar keinen Eindruck und stets am 2. Tage breiige Sedes. Das Thiol trocknet, auf die Haut gebracht, unter dem Gefühl der Kühlung sehr schnell, es fehlt ihm die ölige Eigenschaft des Ichthyols, wie man beim Einreiben und Massieren mit Thiol bemerken kann. Massiert man dann mit Seife weiter und trocknet die Haut ab, so ist alles Thiol entfernt, während die Ichthyolhaut eine bestimmte Quantität festhält.

Sonach kann ich das Thiol nur für ein Surrogat halten, welches oberflächlich dem Ichthyol ähnlich ist, aber doch in vielen Punkten sich von ihm unterscheidet. Ich habe seit 3 Jahren wohl gut 10 Kilo Ichthyol in der Praxis der hiesigen Poliklinik des Dr. VON HOFFMANN und in der Privatpraxis verbraucht und kann wohl sagen, dafs die vielen hundert von Patienten ohne eine Ausnahme die gute Wirkung des Mittels bereitwillig anerkannten und höchstens eine nicht sehr ernst gemeinte Verurteilung des Geruches oder Geschmackes hören liefsen.

Die Ähnlichkeit mit dem Leberthran in bezug auf die Gunst, Angewöhnung, Unentbehrlichkeit und ebenso Abneigung ist in die Augen springend. Wie ich einst auf der Schule in Berlin Mitschüler mit einem

Digitized by Google

berühmten Namen hatte, die mit Enthusiasmus Leberthran auf Brot und Milchbrot afsen, anstatt der Butter, so gibt es hier Familien, Bauern aus den Bergen, denen das Ichthyol ebenso zum Bedürfnis geworden, und hunderte auch aus guter, gebildeter Gesellschaft könnte ich als Zeugen für die Angewöhnung anführen. Ich habe fast 1 Kilo Thiol verbraucht und es oft ohne Wissen der Patienten substituiert, der fehlende Geruch ist wohl immer hervorgehoben; aber stets auch, „dafs es nicht so wirke", „es fehle ihm das Aromatische", und bei ziemlich der Hälfte der Patienten kehrte die Bemerkung wieder, „es sei wohl Benzin oder Petrol darin", „es mache bisweilen übel", sehr oft auch: „es rege erst auf und mache dann schläfrig." Hunderte von derartigen subjektiven Äufserungen habe ich gesammelt, weil ja von dem Willen der Patienten alles abhängig ist, und es von Wichtigkeit ist, dafs man mit ähnlichen Hinweisen etwaigen Widerstand von vornherein abschwächt. Ich habe auch Patienten gefunden, welche Thiol wegen der Farbe von vornherein zurückwiesen, unter denen einer sogar von Verstopfung zu erzählen wufste, der Ichthyol nach vielem Drängen und Versuchen nahm und davon sagte: „das Thiol habe ihm garnichts gethan, als dafs es ihn verstopfe, das Ichthyol dagegen habe ihn durch und durch angegriffen und gestärkt." Ich gebe die Präparate den Patienten stets unter dem Namen Fischöl No. 1 und No. 2.

Als ich Vorstehendes geschrieben, hatte ich Gelegenheit, an mir noch einmal Thiol zu prüfen. Es zersprang mir eine Kochflasche und ich verbrannte mir die Hand mit der kochenden Flüssigkeit. Als ich Thiol über die Brandwunde gofs, kühlte es angenehm, aber nach 10 Minuten war der Schmerz unerträglich wieder da, während ihn Ichthyol sicher beseitigt, wie ich oft konstatiert. Nach 2 Stunden nahm ich Ichthyol und konnte noch gute Wirkung erzielen, indem der Schmerz schwand und ich keine Blase bekam. Ganz ausgezeichnet ist die Mischung mit Lanolin, und kann man Arbeiter mit offenenen Brandwunden, wenn sie überhaupt das Arbeiten erlauben, mit Ichthyol-Lanolin-Verband (reichlich aufgetragen) bis zur Heilung ihr Tagewerk thun lassen.

Indem ich hoffe, den Praktikern die Lust zum Versuch gestärkt zu haben, versichere ich, dafs die Beschäftigung mit dem Ichthyol dem Praktiker Erleichterung und grofsen Erfolg verschaffen kann. Nicht genug kann ich die Arbeiten von Unna und Zuelzer als grundlegende dem Vorstudium der Herren Kollegen empfehlen.

Digitized by Google

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut,

gehalten im Wintersemester 1888/89

von

P. G. Unna.

I.

Anämie.

Bei gesunden Individuen der weifsen Rassen deutet die Abnahme der natürlichen, rötlichen Hautfarbe, z. B. bei Einwirkung der Kälte, auf einen verminderten Blutgehalt der Hautgefäfse. Die letzteren sind schon innerhalb der physiologischen Grenzen Kaliberschwankungen von solcher Gröfse ausgesetzt, wie die Gefäfse keines andern Organes, eine Erscheinung, welche sie bekanntlich der hohen Entwickelung ihres Muskel- und Nervenapparates zu danken haben. Selbstverständlich spielt der verstärkte Tonus, die Kontraktion der Hautgefäfse auch unter pathologischen Verhältnissen eine grofse Rolle. Hier kommen aber weiter noch eine Reihe von Faktoren in Betracht, welche unabhängig vom Tonus der Gefäfse ein Abblassen der Hautfarbe zur Folge haben können, nämlich qualitative und quantitative Veränderungen des Gesamtblutes. Während die durch verstärkte Gefäfskontraktion anämische Haut im Vergleich mit andern Hautpartien sich — abgesehen von der Blässe — kühler, oft auch saftloser, welker anfühlt, ist die anämische Haut bei normalem Tonus der Gefäfse von normaler Wärme und Saftfülle. Wir teilen demnach die Anämie der Haut zweckmäfsig danach ein, ob das Hauptsymptom, die wahrnehmbare Blässe, als eine Folge allgemeiner Alterationen des Gesamtblutes aufzufassen ist oder eine auf die Haut beschränkte Blutarmut darstellt.

Die Veränderungen des Gesamtblutes, welche sich dem Auge des Arztes an der Blässe der Haut offenbaren, sind teils qualitativer, teils quantitativer Natur. Jene lassen sich entweder auf einen Mangel der roten oder eine Vermehrung der weifsen Blutkörperchen, oder endlich auf ein Zusammentreffen beider Veränderungen zurückführen.

Den Mangel an roten Blutkörperchen nehmen wir an der Haut und den Schleimhauteingängen am meisten wahr in Fällen echter Chlorose,

Digitized by Google

sodann bei akuter und chronischer Inanition, mit dem Unvermögen, feste Speisen zu genießen, bei Rekonvalescenten nach konsumierenden, fieberhaften Krankheiten, bei der Pseudoleukämie und bei allen hydrämischen Patienten. Die blasse Hautfarbe Leukämischer ist dagegen noch durch die absolute und relative Überzahl der weißen Blutkörperchen bedingt. Bei gewissen Anämien und Kachexien endlich gesellt sich zu der Verarmung des Blutes an Hämoglobin noch die der Gesamtblutmenge, wie bei der absoluten Inanition (Verhungerung und Verdurstung), der vorgeschrittenen Tuberkulose, der Krebskachexie. Hier handelt es sich nicht allein um eine Veränderung der Blutfarbe, sondern zugleich um eine Anpassung des Hautgefäßsystems an die verminderte Blutmenge des Körpers, also einen Schwund der Hautblutbahn, wie es reiner bei den Fällen von lediglich quantitativer Blutveränderung zu beobachten ist.

Für diese letztere liefern die akuten Blutverluste bei Verwundungen, Operationen, die subakuten, durch Darmparasiten bei perniciöser Anämie allbekannte Beispiele. Im Gegensatz zu der erstbesprochenen Kategorie findet sich bei schweren Blutungen jugendlicher Individuen eine wachsgelbe, durchscheinende Hautfarbe; sie ist eine Folge der regulatorischen Kontraktion sämtlicher Hautarterien und der starken, ebenfalls regulatorischen Aufsaugung der Gewebssäfte durch Venen und Lymphgefäße. In diese Klasse von Anämien gehört auch wohl die Aschfarbe der Haut beim Choleraanfall, welche sich aus dem Zusammentreffen einer Retraktion des Gefäßsbaumes mit der starken Cyanose des stockenden Blutes erklären läßt. Wegen der Temperaturabnahme der Haut, der sekundären Steigerung des Gefäßstonus, bei diesen quantitativen Anomalien des Blutes nähern sich diese Zustände den nun zu besprechenden isolierten Anämien des Hautorgans, bei welchen natürlich qualitative Veränderungen des Gefäßsinhalts ganz ausgeschlossen sind.

Die lediglich auf das Hautorgan beschränkte Anämie betrifft entweder die gesamte Decke oder nur einzelne Territorien derselben. Alle Einflüsse, welche den Blutgehalt der Gesamthaut verringern, bewegen sich naturgemäß auf den allgemeinen Bahnen der Blutzirkulation oder des Zentralnervensystems. Stets geht in diesen Fällen der Anämie eine entsprechende Kontraktion der Hautarterien parallel; aber diese ist nicht immer das primäre, zuweilen akkomodiert sich das Gefäßsystem der Haut nur dem in erster Linie verringerten Blutgehalt derselben. Wiederum ist es die prompte, stets bereite Muskelaktion der Hautarterien, welche das Urteil darüber im klinischen Einzelfalle ebensosehr wie beim physiologischen Experimente erschweren kann, ob die Ansammlung des Blutes in inneren Organen die Hautanämie nach sich zieht oder die Kontraktion des arteriellen Gefäßsbaumes der Haut den inneren Organen mehr Blut zuführt.

Digitized by Google

Ganz sicher ist das letztere Moment in der Agone thätig und bewirkt die bekannte Hautblässe der Leiche, jene fatale Farblosigkeit der toten Haut, welche das Studium der meisten Dermatosen post mortem erschwert und das der Zirkulationsanomalien der Haut auf dem Seziertische überhaupt unmöglich macht. Ein ebenfalls wohl reiner Fall von reflektorisch erzeugtem, allgemeinem, primärem Arterienspasmus liegt in der jede Herzschwäche, besonders die Ohnmacht begleitenden Hautblässe; hier hilft die Kontraktion der Hautarterien in erster Linie ein gefährliches Absinken des allgemeinen Blutdrucks zu überwinden. In dieselbe Kategorie gehören vermutlich die Anämien, welche jede Nausea (ab ingestis et medicamentis, durch Chloroform, Schaukeln, Seekrankheit etc.) begleiten oder einleiten, wobei gewifs häufig aber nicht immer eine Splanchnicuslähmung mit Blutüberfüllung des Darmtraktus gleichzeitig vorliegt, der Hautblässe mithin eine regulatorische Funktion zukommt. — Wie hier reflektorisch von den Nervenapparaten des Darms aus der Arterienspasmus der Haut ausgelöst wird, so geben auch die Vorläufer des epileptischen Anfalls, weiter gewisse psychische Affekte, vor allem Angst und Erschrecken, und sodann sehr starke Reizungen sensibler Nerven, besonders abdominale Schmerzen (Kolik), zur plötzlichen allgemeinen Anämie der Haut häufigen Anlafs. Die bei der psychisch vermittelten Erregung hier und da auftretende Horripilation spricht für eine Reizung höchsten Grades der gesamten glatten (freien und Gefäfsmuskulatur der Haut. Anderseits scheint die Blässe, welche konstant den Nachtwachen, übertriebener Muskel- oder Gehirnthätigkeit folgt, mit kollateraler Blutüberfülle des Muskelsystems und der Nervenzentren einherzugehen und deshalb vielleicht nur eine sekundäre Anpassung des leicht disponibeln Gefäfsstromes der Haut an die Bedürfnisse andrer Organe darzustellen.

Das wichtigste Beispiel einer vom zirkulierenden Blute aus induzierten allgemeinen Kontraktion aller Hautarterien liefert der Fieberfrost aller akuten Infektionskrankheiten. Das im Blute zirkulierende und von hier aus die vasomotorischen Zentren direkt umspülende Gift gibt den Reiz ab, welcher sämtliche Blutgefäfse der Haut periodisch zur Kontraktion bringt. Die Reizung erstreckt sich bei starkem, sog. Schüttelfrost auch auf die Arterien der oberflächlich gelegenen Muskelpartien, während die Blutgefäfse des Körperinneren dabei stets überfüllt sind. Demgemäfs sinkt die Temperatur an der Haut und steigt im Innern des Körpers. Übrigens kann durch gefäfslähmende Einflüsse, z. B. Wärme, der tonische Krampf der Hautgefäfse teilweise überwunden werden; bekanntlich zeigt die Temperatur der geschlossenen Achselhöhle meist schon während des Fieberfrostes Temperaturerhöhung an. Auf der andern Seite beschleunigt äufsere Kälte das Eintreten des Frostes, ein Zeichen, dafs auch in den Zwischenpausen zwischen den Frostanfällen der Tonus der Hautgefäfse

Digitized by Google

bereits ein andauernd verstärkter ist und nur durch die höhere Blutwärme und verstärkte Herzaktion niedergehalten wird.

Gewisse anorganische Gifte, speziell Strychnin und Ergotin, verstärken den Tonus der peripheren Gefäfse, so dafs es zur Blutdrucksteigung, wenn auch nicht zu einem dem Fieberfrost analogen Krampfe kommt. In diese Kategorie mufs auch die Hautblässe gezählt werden, welche die Umwandlungsprodukte des Alkohols nach akuter Vergiftung mit letzterem erzeugen.

Wie man sieht, sind es nicht leichte Reizungen, welche eine allgemeine Hautanämie reflektorisch oder direkt zu erzeugen pflegen. Die pathologischen Ereignisse, welche diese Folge nach sich ziehen, haben alle etwas Gewaltsames an sich, die ganze Konstitution des Menschen Angreifendes; man denke an die Ohnmacht, Agone, den Fieberfrost, das Strychnin, das Erbrechen, die stärksten psychischen Erregungen des Selbsterhaltungstriebes. Und diese Thatsache ist wiederum leicht erklärlich, wenn man in Betracht zieht, dafs bereits normalerweise der Tonus der Hautgefäfse ein stark in Anspruch genommener ist. Um sichtbare allgemeine Blässe und fühlbare Kälte herbeizuführen, mufs die Erregung der Vasomotoren eine aufserordentliche sein. Eine etwaige Lähmung der Hemmungsnerven können wir daher für die Erklärung der allgemeinen Anämie der Haut getrost aufser acht lassen.

Gegenüber diesen zu allgemeinem Gefäfskrampf führenden Ursachen allgemeiner Art haben wir lediglich nach lokalen Ursachen zu forschen, wenn die Hautanämie lokalisiert auftritt. Leichter als bei jenen läfst sich hier eine Trennung durchführen, jenachdem primäre Verringerung des Gefäfsinhaltes und sekundäre Adaption der Gefäfse vorliegt oder eine Kontraktion der Gefäfse ihrerseits das Blut aus dem Hautabschnitt verdrängt.

Von der primären Verringerung der Blutmenge eines Körperteils machen wir ausgiebigen Gebrauch, um einen stärkeren Gefäfstonus desselben zu bewirken, wenn wir zum weiteren Zwecke der Blutstillung oder Anästhesie den Extremitäten eine ungewohnte hohe Lage geben. Die künstliche Ligatur der Arterien führt bekanntlich an der peripher, die der Venen an der zentral gelegenen Seite bis zur Verbindungsstelle mit den nächsten Kollateralen zu einer sofortigen Kontraktion, welche genau dem Wegfall des Druckes der vorher auf dem Gefäfsstücke lastenden Blutsäule entspricht. Eine wahrnehmbare Hautblässe wird aber peripherisch von der Arterienligatur nur selten, nämlich nur in der ersten Zeit nach Unterbindung sehr grofser Arterien, z. B. Art. femoralis bis zur Herstellung eines auch dann genügenden Kollateralkreislaufes auftreten. Im allgemeinen ist die Kommunikation der Hautgefäfsäste untereinander im oberen und unteren Gefäfsnetze der Cutis eine viel zu bedeutende, als dafs Unter-

Digitized by Google

bindung einzelner derselben, wie sie ja bei den meisten Operationen vorkommen, einen merklichen Einfluſs auf die Blutfülle des betreffenden Hautbezirks äuſsern könnten. An die Ligatur schlieſsen sich weiter alle die durch äuſseren Druck hervorgerufenen partiellen Entleerungen des Hautblutes durch Druck, mag derselbe von aufsen kommen und durch den Finger, durch Kleidungsstücke oder Bandagen ausgeübt werden, oder mögen innerhalb oder unterhalb der Cutis gelegene Massen eine Kompression der Blutgefäſse und ihres Inhalts verursachen. So wenig die Ligatur der Arterie zur Erzeugung einer umschriebenen Hautanämie geeignet erscheint, so leicht und sicher wirkt der auf die Kapillaren und Arteriolen ausgeübte periphere Druck, freilich genau nur so lange als er anhält, um sofort nach dem Aufhören einer Wallungshyperämie der durch Druck paretisch gewordenen Gefäſse Platz zu machen. Derart ist auch noch die Wirkung kurze Zeit bestehender und die Spannung der Haut erheblich steigernder Geschwülste, Flüssigkeitsmengen und Fremdkörper, wie z. B. von rasch wachsenden Abscessen, von kurzdauernden Ödemen, wie Urticariaquaddeln, von Injektionsmassen. Wo dagegen der Druck auf die Hautgefäſse sich über Wochen und Monate erstreckt, wie bei Atheromen, Harnsäurekonkrementen, chronischen Ödemen, beim Myxödem, bei geschwulstartigen Infarkten der Lymphspalten, wie beim Leprom der Haut, da tritt eine organische Verengerung der Gefäſse ein, ein Rückzug des ganzen Gefäſsbaumes der Haut mit Verödung einer groſsen Menge von Blutkapillaren, wie sie uns als primäre Ursache mancher Anämien später noch näher beschäftigen wird. In diesen Fällen bleibt die Haut nach aufgehobenem Druck, nach Entfernung der Geschwulst anämisch, narbenähnlich blafs.

Wir kommen endlich zu denjenigen lokalisierten Hautanämien, welche durch eine primäre Verengerung der Arterien, durch eine in den Gefäſsen selbst liegende Steigerung der Widerstände erzeugt werden. Hier kann man wiederum zwei ganz verschiedene Arten lokaler Blutarmut unterscheiden, je nachdem die Verengerungen spastische, auf die Muskelaktion der Gefäſse beschränkte, oder organische sind. Es liegt in der Natur der Sache, daſs die ersteren meist auch vorübergehender, die letzteren stets auch bleibender Natur sein werden; doch kommen auch sehr langdauernde spastische Verengerungen hin und wieder vor. Es ist deshalb besser, die Trennung in spastisch und organisch verursachte Anämien beizubehalten. Auch eine Unterscheidung in Verengerung der zuführenden Arterien und solche des Kapillargebiets, obgleich für einzelne Fälle brauchbar, läfst bei weiterer Durchführung im Stich, da, wenn auch nicht jede Kapillarverengerung eine arterielle, doch umgekehrt jede Verengerung der Arterien — an der elastisch gespannten Haut jedenfalls — eine solche der Kapillaren zur Folge hat.

Digitized by Google

Der allgemeinste, den Tonus der Hautarterien erhöhende Reiz ist bekanntlich der der Kälte. Derselbe mufs jedoch sehr bedeutend sein, etwa in Gestalt eines Eisbeutels, Äthersprays oder dgl., wenn er eine dem Kältereiz synchrone Kontraktion der Hautgefäfse jeden Kalibers hervorrufen soll. Ist die Temperaturdifferenz zwischen dem Träger der Kälte und der Hautstelle nur unbedeutend oder die Wärmeentziehung irgendwie erschwert, handelt es sich etwa um einen kalten Luftstrom oder ein nicht allzu kaltes Bad, so folgt dem arteriellen Spasmus bei sonst gesunden Individuen sehr bald, trotz fortgesetzter Wärmeentziehung, eine Parese derselben Gefäfse; eine dem Betreffenden subjektiv wohlthuende Wallungshyperämie dehnt die Gefäfse sogar über das vorherige Normalmafs aus, und dieses neue Kaliber macht die Haut für die Dauer der Kälteeinwirkung für diese unempfindlich, da es bewunderungswürdig genau den abnormen Wärmeverlust durch vermehrte Zufuhr warmen Blutes kompensiert.

Diese leichte Kälteeinwirkung, wie sie normaler Weise den Bewohner aller nördlichen Gegenden an unbedeckten Körperstellen, Gesicht, und Händen, trifft, bewirkt also nicht dauernde Blässe, sondern vielmehr eine dauernde leichte Hyperämie dieser Körperteile, und wir drücken unser subjektives Wohlbehagen wie unser Wohlgefallen mit diesen in die physiologische Breite der Tonusschwankungen fallenden Hyperämien aus, indem wir eine solche Hautfarbe eine frische, eine besonders „gesunde“ nennen. Im Gegensatz dazu ist bekanntlich allen Bewohnern wärmerer Gegenden, trotz allerbesten Wohlseins, eine weit blassere Farbe des Gesichts und der Hände eigentümlich, genau so wie dem Nordländer an gewohnheitsgemäfs bedeckt getragenen Körperstellen. Hier fehlt die reflektorisch erzeugte Wallungshyperämie, hier an den blassen Gesichtern und Händen der Südländer und den warm gehaltenen Körperteilen des Menschen überhaupt haben wir also einen dauernd stärkeren Tonus der Hautgefäfse vor uns. Wir werden nicht fehl gehen, diesen habituell starken, arteriellen Tonus bei gleichmäfsiger äufserer Wärme als ein natürliches Gegengewicht gegen die erschlaffende Wirkung der Wärme auf die Hautgefäfse ebenso in Anspruch zu nehmen, wie vorher die frischen, roten Wangen als natürliche Kompensation des Einflusses einer kalten Umgebung. Nicht trotz der Wärme sind die Südländer im Gesichte anämisch, sondern wegen des warmen Klimas haben sich die Hautgefäfse regulatorisch zusammengezogen. Ohne alle Frage liegt hier eine rein peripher bedingte Aktion der Gefäfse, ein Idiospasmus derselben vor, dessen ungemeine Wichtigkeit erst bei Besprechung der pathologischen Abweichungen von dieser Gesetzmäfsigkeit erhellen wird.

An diese zur Anämie führende Selbstregulierung der Hautarterien reihe ich eine andre von weniger durchgreifender Bedeutung, welche

Digitized by Google

aber bisher meist als solche verkannt wurde. Es ist eine Thatsache, dafs längere Zeit gelähmt gewesene Glieder meistens anämisch sind; dieselbe hat den Pathologen viele Schwierigkeiten bereitet, denn eine Lähmung der Hemmungsnerven würde kaum zu deutlicher Anämie führen; eine Lähmung der Vasomotoren, wenigstens der Verengerer der Arterien, und ebenso eine Lähmung der peripheren Gefäfsganglien müfste aber umgekehrt gerade eine Hyperämie erzeugen, und wenn auch die künstlich durch Ausschaltung der Vasomotoren gesetzte Hyperämie bald vorüber geht, so macht sie doch höchstens der Norm, nicht der Anämie Platz. Wenn man aber bedenkt, dafs durch die Lähmung nicht nur zunächst Wallungshyperämie, sondern durch mangelnde Muskelbewegung und die stärker einwirkende Schwere später beständige Stauungshyperämie entstehen mufs, so werden wir nicht fehl gehen, in der trotzdem erfolgenden Anämie wiederum eine Selbsthilfe der Gefäfse peripherischer Natur, einen Idiospasmus derselben zu erblicken. Derselbe verringert den Einfluss der Schwere auf die Blutbewegung und ersetzt so zum Teil die fehlende Aktion der willkürlichen Muskeln. Und diese Erklärung wird um so wahrscheinlicher, als oft derartig gelähmte Glieder nicht blofs anämisch, sondern ödematös werden. Es ist dann, wie wir später noch eingehender erörtern werden, zu dem stärkeren Tonus der Arterien ein solcher der Venen getreten. Auch dieses Phänomen hatte bisher keine genügende Erklärung gefunden; es läfst sich vollständig in den Rahmen einer peripheren Selbststeuernng einreihen.

Wenn die bisherigen Beispiele einer spastischen Hautanämie nur als Steigerungen des physiologischen Tonus zu betrachten sind, als Anpassungen an Veränderungen des Körpers oder der Umgebung, so treten die nun folgenden Arteriospasmen vollständig aus dem physiologischen Rahmen heraus. Bei der Hemicrania spastica und der von RAYNAUD beschriebenen Krankheit der Hände und Füfse handelt es sich um wahre Erkrankungen des Gefäfstonus peripher gelegener Arterien. Die spastische Form der Migräne, als Typus spastischer Neuralgien überhaupt, haben wir an dieser Stelle nur zu erwähnen, weil die Hautblässe selbstverständlich eines ihrer charakteristischen Symptome bildet. Im übrigen ist ihr Platz bei den Erkrankungen des Gefäfssystems und Nervensystems gegeben. Eine speziellere Betrachtung erfordert dagegen die RAYNAUDsche Krankheit.

Wir verstehen unter derselben den höchsten Grad einer Störung des Gefäfstonus, deren niederste Stufen besonders unter den Wäscherinnen nicht sehr selten anzutreffen sind. In diesen sind die Hände, resp. Füfse nur sehr blafs, besonders die Finger (resp. Zehen), in andern Fällen bläulich weifs. In der Kälte treten schiefsende, rasch vorübergehende Schmerzen, in der Wärme des Bettes und warmem Wasser Juckempfin-

Digitized by Google

dungen auf. Die Temperatur ist objektiv herabgesetzt, ebenso die Temperatur- und Tastempfindung. Derartige, lange Zeit andauernde Anämien können sich natürlich an der Haut nur dort ausbilden, wo alle Arterien eines bestimmten Bezirks gleichzeitig und gleichmäfsig verengt sind. Es ist mithin nicht zu verwundern, dafs gerade die Enden der Extremitäten von dieser Erkrankung befallen werden, denn nur hier kann eine periphere Ursache leicht auf sämtliche Hautgefäfse so einwirken, dafs ein Ausgleich innerhalb dieser Region unmöglich wird. Dafs aber diese Affektion als eine lediglich periphere, nur das vasomotorische System der Hautäste und durchaus nicht die Vasomotoren der zuführenden Hauptarterien betreffende angesehen werden mufs, ergibt sich aus dem durchaus normalen Verhalten der Artt. ulnaris, radialis, dorsalis und plantaris pedis. Ebenso selbstverständlich ist es, dafs an der Haut auch auf den höchsten Grad der Anämie keine rückläufige, hämorrhagische, venöse Anschoppung folgt, weil es eben nirgends Endarterien in Cohnheimschem Sinne gibt. Der einzige Effekt auf die Zirkulation hinter den verengerten Arterien ist also nur die starke Anämie der Kapillaren und Venen und eine entsprechende Herabsetzung des Druckes und der Stromgeschwindigkeit. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dafs auch das Strombett der Kapillaren durch die gleiche Ursache ad maximum verengt ist, und diesem Umstande mag es zuzuschreiben sein, dafs die fast permanent spezifische Anämie in diesen Fällen nicht zu jener Schädigung der Gefäfswände führt, wie sie nach länger dauernder mechanischer Abklemmung der Arterie immer auftritt und auch hier bei der oftmaligen vorübergehenden Lösung des Krampfes sich kund geben müfste. Von einer solchen Schädigung resp. einem blutigen Ödem nach Lösung des arteriellen Spasmus in sehr warmen Lokalbädern ist nichts zu bemerken. Dagegen bleibt bei den höchsten Graden, der eigentlichen Raynaudschen Krankheit eine Folge niemals aus: die partielle Nekrose der Haut. Dieselbe findet immer dort statt, wo ein Ausgleich des Blutes aus tiefer oder rückwärts gelegenen Gefäfsen absolut unmöglich ist, an den Finger- und Zehenbeeren, am Nagelbette, und führt in einigen Fällen im Laufe von Jahren zur successiven Nekrose sämtlicher Phalangen. Die nächste Ursache dieses peripheren Idiospasmus der Hautarterien ist völlig unbekannt; die Kälte bildet natürlich nur die wichtigste Hilfsursache, und nicht nur in dieser Beziehung, sondern ihrem ganzen Wesen nach hat die Erkrankung sehr viele Analogien mit dem sogenannten Frost, einer Art spastischer Stauungsdermatose, auf deren Erörterung hier schon verwiesen werden mag.

Ehe ich zu den eigentlichen organischen Verengerungen der Hautgefäfse mich wende, sei noch in Kürze derjenigen Anämien gedacht, welche wir künstlich zum Zwecke der Therapie oder Kosmetik mittels

Digitized by Google

chemischer Agenzien herbeizuführen pflegen. Teils sind es wirkliche, mit Hyperämie einhergehende Krankheitsprozesse, teils erythematöse Residuen von solchen, teils endlich noch ganz in den Bereich physiologischer Breite fallende Rötungen der Haut im Gesicht und an den Händen, welche zu einer derartigen Behandlung auffordern. Es wäre hier wenig damit geholfen, wenn es uns gelänge eine Erregung der Vasomotoren oder der Gefäfsganglien herbeizuführen, denn dieselbe würde sehr bald vorübergehen und einer unerwünschten Parese der Gefäfsmuskeln Platz machen; zudem sind, wie das Vorhergehende beweist, die uns in dieser Richtung zu Gebote stehenden Mittel sehr beschränkt. Dagegen gelingt es leicht durch die sachverständige Anwendung der Gruppe reduzierender, Sauerstoff bindender Mittel, eine Abblassung der kranken und gesunden Haut herbeizuführen. Einen derartigen chemischen Einfluſs besitzen: der Schwefel und seine Präparate, das Pyrogallol, Resorcin, Ichthyol und die sich wahrscheinlich an diese Gruppe eng anschlieſsenden Metalle und zur Firnisbereitung dienenden Metalloxyde: Quecksilber, Zinkoxyd, Bleioxyd. Die hierdurch erzeugte Verengerung der Gefäfse ist nichts weniger als eine spastische, rasch eintretende und bald vorübergehende. Sie ist vielmehr eine langsam eintretende und bleibende. Sie steht der organischen Verengerung, der Verdickung der Gefäfswände durch junges Bindegewebe am nächsten. Ihr Wesen ist bisher noch nicht näher bekannt; da aber mit dem Abblassen stets eine Verringerung eventuell bestehender Entzündung parallel geht, so müssen wir sie wohl als erzeugt auffassen durch eine organische Volumsverminderung des gesamten Gefäfsbaumes, wobei die natürlichen Gefäfsporen sich verengern und dadurch den Ausbruch der Entzündung erschweren müssen. Die Verdickung der Wände jener, von Klemensiewicz beschriebenen, arteriellen Ventiläste der Froschschwimmhaut bei sinkendem Blutdruck liefert ein willkommenes physiologisches Paradigma für einen solchen Vorgang.

An diese Art künstlich herbeigeführter Anämie schlieſsen sich endlich die im eigentlichen Sinne organischen Verengerungen der Hautgefäfse an, welche stets in der Umwandlung der Kapillaren, weiter auch einer Anzahl arterieller und venöser Übergangsgefäfse und selbst einzelner gröfserer Hautgefäfse in zellenreiches oder in fibröses Bindegewebe besteht. Die bei andern Organen so ungemein interessanten Vorgänge der Embolie und Thrombose mit ihren anämisierenden Folgezuständen spielen in der Pathologie der Haut eine ziemlich untergeordnete Rolle. Nur infektiöse Embolie entfalten bei den ungemein reichlichen Anastomosen aller Hautgefäfse eine sichtbare und aus dem nämlichen Grunde dann allerdings eine bedeutende Wirksamkeit. Unschuldige Embolie können dagegen im Gefäfsnetz der Haut in gröfster Anzahl stecken bleiben, ohne irgend welche Symptome, also, was uns hier speziell interessiert, ohne

Digitized by Google

periphere Anämie hervorzurufen. Ebenso verhält es sich mit lokaler Kapillarthrombose, welche sich an solche Emboli anschliefsen kann. Man wird sie bei eigens darauf hingerichteten Untersuchungen in Fällen allgemeiner Embolisierung wohl häufiger finden, als es nach den bisherigen Angaben den Anschein hat, aber umschriebene Anämien können sie an der Haut nicht hervorrufen. Am öftesten findet man noch meist ganz unerwartet bei der Untersuchung von Geschwülsten oder Ulcerationsprozessen der Haut Thrombosen von wie es scheint harmlosen Bakterien sekundärer Einwanderung, oder auf weitere Strecken hyaline Thromben in den Hautkapillaren. Die ersteren sind von zu geringer Ausbreitung, die letzteren lassen dem Blutstrom noch zu viel Spielraum, um eine wirklich wahrnehmbare Anämie hervorzurufen, wenngleich sie offenbar die Widerstände im Kapillargebiet zu erhöhen geeignet sind.

Es bleiben also, wie wir eben bereits betont, als wirklich anämisierende Faktoren bei der Haut nur solche Verengerungen des Kapillargebietes übrig, die zur vollständigen Verwachsung der Gefäfslichtung mittels jungen Bindegewebes führen. Vor allem ist es der von Friedländer Endarteriitis obliterans genannte Prozefs, welcher in der Haut eine grofse Rolle spielt, eine viel gröfsere noch, als sich nach den schon sehr zahlreichen Angaben dieser Art vermuten läfst. Diese fibröse Gefäfsentartung ersetzt in der That an der Haut alle Anämien, welche an andern Organen embolischem und thrombotischem Gefäfsverschlusse ihre Existenz verdanken. Die Besprechung der einzelnen Erkrankungen der Haut wird zeigen, dafs sie sich ebensowohl an infektiöse Entzündungen, wie Ulcerationsprozesse, an progressive ebensowohl wie an regressive Ernährungsstörungen anschliefst. Hier können nicht die einzelnen Fälle alle aufgezählt, sondern nur allgemeine Gesichtspunkte angedeutet werden. Und da erscheint es am passendsten, zwei Arten obliterierenden Gefäfsverschlusses prinzipiell zu unterscheiden.

In einigen Fällen obliterieren die Hautgefäfse und zwar anfangend von den Kapillaren und fortschreitend zu den gröfseren Gefäfsen, nachdem längere Zeit hindurch ein äufserer Druck oder Zug dieselben aufs äufserte mechanisch verengt hat. So finden wir eine obliterierende Druckatrophie auftreten bei abnorm starker Spannung des muskulo-elastischen Gewebes der Haut bei lange bestehender Sklerodermie, pruriginösen Ekzemen, bei der Ichthyosis, ferner in den oben bereits erwähnten Fällen von protrahiertem Drucke durch Atherome, Harnsäurekonkremente, chronische Ödeme. Eine obliterierende Atrophie nach Verdünnung der Gefäfse durch Zug sehen wir dagegen bei Narbenretraktion und besonders auch bei den Striae gravidarum auftreten.

Anderseits setzt der syphilitische Prozefs in der Haut eine eigentümliche Erkrankung zugleich der gröfsern und kleinsten Gefäfse, vor-

Digitized by Google

zugsweise aber der gröfseren, bei welchen das Intimaendotel ein mehr oder weniger zellenreiches Bindegewebe in die Lichtung des Gefäfses vorschiebt. Dieser Prozefs, Hand in Hand mit der Sklerose des schon vorhandenen Bindegewebes, führt an Stelle der Initialaffektion in höchster Ausprägung zu grofsen, knorpelharten, blutarmen Geschwülsten. Ohne Sklerose des Bindegewebes bedingt aber derselbe Prozefs auch die anämische Liodermie an den Extremitäten gewisser Tabiker. Und ähnliche Vorgänge an den Gefäfsen leiten die Veränderungen bei einer ganzen Reihe von fibrösen Hypertrophien und Atrophien ein, so bei umschriebenen Sklerosen der Haut, bei der Morphoea, bei Keloiden. In allen diesen letzten Beispielen ist kein äufserer Druck oder Zug vorhergegangen; die Obliteration der Gefäfse folgt nicht der schon vorhandenen Anämie, sondern geht ihr voran, bedingt sie.

Aus der dermat. Universitäts-Klinik von Prof. Schweninger in Berlin.

Zur Bakteriologie der Verruca vulgaris.

Vorläufige Mitteilung

von

Dr. Georg Kühnemann.

Bei meinen Untersuchungen über Warzen[1], die vor allem auf die Bakteriologie und Pathogenese derselben gerichtet sind, ist es mir gelungen, bis jetzt in jedem einzelnen Falle einen Bacillus von sehr charakteristischen Eigenschaften nachzuweisen, in welchem ich den Erreger dieser Hautauswüchse bestimmt zu erkennen glaube.

Eine gute, bis jetzt die einzige Methode, diese Bacillen zu färben, ist die von Kühne modifizierte Gramsche: Färbung der Schnitte in wässeriger, alkalischer (1% Ammonium carb.-Lösung) Gentianaviolettlösung mindestens 30 Minuten, sodann gute Ausspülung in Wasser, Behandeln mit Jod-Jodkaliumlösung 3 Minuten, Abspülen in Wasser, Entfärbung in alkoholischer Fluorescëinlösung und Ausziehen des überschüssigen Fluorescëins in mehreren Schälchen absolutem Alkohol und Nelken- oder Anilinöl. Dann Tereben, Xylol, Kanada.

Keratohyalinkörner und Hornschicht nehmen hierbei einen schwarzblauen, die unverhornten Epidermisschichten und die Cutis einen hell-

[1] s. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. pag. 341.

Digitized by Google

gelben Farbenton an. Bei Durchmusterung des Stratum dentatum bemerkt man zwischen und wohl auch in den Zellen, sowie in den Lymphspalten aufserordentlich feine, schlanke Stäbchen. Ihre Länge überschreitet nie $1^1/_2$ μ, das Verhältnis der Dicke zur Länge ist ungefähr wie 1 : 6. Sie finden sich zuweilen noch innerhalb der Körnerschicht, selten in der benachbarten Cutis. Bei einer Warze konnte ich sie nur in der germinativen Schicht des Stratum dentatum nachweisen. In älteren, längere Zeit bestehenden Warzen kommen sie bei weitem spärlicher vor als in jüngeren.

Es ist sehr auffällig, dafs diese Bacillen sich hellrot tingieren, während alle anderen Mikroorganismen bei Anwendung des Gram-Kühneschen Verfahrens eine dunkelblaue Farbe annehmen. Augenscheinlich verhalten sie sich den Farbstoffen gegenüber ähnlich wie die Tuberkelbacillen; daher thut man gut, die Schnitte mindestens eine halbe Stunde lang in der Lösung zu lassen.

Wenn man bei einem so scharf ausgeprägten Krankheitsbilde wie dem der Warzen, und zwar ausschliefslich bei ihm, in allen Fällen einen und denselben sehr charakteristischen Bacillus findet, der die ganze Entstehungsweise dieser Gebilde in ein klares Licht setzt, so liegt es in der That sehr nahe, ihn als die Ursache der Krankheit anzusehen.

Auch Züchtungsversuche auf Gelatine und Agar-Agar sind von Erfolg gewesen und haben bei allen Warzen die gleichen Resultate geliefert. Zu diesem Zwecke wurden — selbstverständlich unter Beobachtung aller Kautelen einer sicheren Sterilisation — die exzidierten Warzen in zwei Hälften geteilt, von denen die eine zur mikroskopischen Untersuchung diente, die andere aber, in viele kleine Stückchen zerteilt, in Gelatine gebracht und in Petrische Schälchen gegossen wurde.

Am ersten Tage ist keine Veränderung zu bemerken; am zweiten zeigen sich fast um sämtliche Stückchen kleine, rund begrenzte Kolonien, die flache, tellerförmige Vertiefungen in der Gelatine erzeugend, dieselbe rasch verflüssigen, sich sehr schnell vergröfsern und an der Oberfläche ein ziemlich fest zusammenhängendes Häutchen bilden. Die mikroskopische Untersuchung ergibt einen Bacillus, dessen Form derjenigen des im Gewebe gefärbten entspricht; nur erscheint er im ganzen etwas gröfser, was bei den in Reinkultur gezüchteten Bakterien ja meist der Fall und nicht fremd ist.

Stich- und Strichkulturen in Gelatine bieten wegen der schnellen Verflüssigung wenig Charakteristisches. Auf Agar-Agar breitet der Bacillus sich mäfsig schnell über die Oberfläche aus und dringt in gleicher Weise vom Impfstiche aus in die Tiefe. Sporenbildung erfolgt im Sommer schon bei Zimmertemperatur.

Digitized by Google

Impfungen mit der Reinkultur sollen, nachdem an Tieren Vorversuche gemacht sind, in nächster Zeit an Menschen vorgenommen werden; über den Erfolg werde ich später berichten.

Das regelmäfsige Vorhandensein dieser Bacillen in der Stachelschicht der Warzen erklärt die ganze Art und Weise ihres Entstehens aufs beste. An unbedeckten, äufseren Verletzungen leicht ausgesetzten Hautstellen durch einen kleinen Rifs der Hornschicht eindringend, finden sie in dem Gewebssafte des Stratum dentatum für ihre Existenz und Fortpflanzung einen günstigen Boden. Rein mechanisch oder durch die Produkte ihres Stoffwechsels üben sie einen Reiz aus auf die benachbarten Zellen, der in vermehrter Kernteilung und Neubildung von Zellen zum Ausdruck kommt. Auch wird die Umwandlung der Stachel- in normale Körner- und Hornzellen wesentlich modifiziert.

In dieser mächtigen Proliferation läfst sich nicht allein eine Reaktion, sondern auch eine Abwehr der Zellen gegen die Mikroorganismen erkennen, indem sie durch beschleunigtes Vordringen nach der Hautoberfläche zu die Eindringlinge mit sich fortzuschaffen suchen. Sehr wahrscheinlich finden auch die Bacillen nach längerem Bestande in den Zellen nicht mehr die gleichen günstigen Bedingungen für ihre Existenz, worauf das spärliche Vorkommen derselben in allen älteren Warzen mit Sicherheit hinweist.

Sind sie endlich zu Grunde gegangen, so erfolgt Zellteilung und Verhornung wieder in normaler Weise, und die abgestorbenen verdickten Oberhautschichten fallen ab. So findet auch das plötzliche Verschwinden der Warzen seine Erklärung, wie denn überhaupt die ganze Entstehungsweise und weitere Entwickelung derselben, die früher so viel Rätselhaftes bot, durch den konstanten Befund der Bacillen völlig klargestellt wird.

Näheres behalte ich mir für eine weitere Mitteilung vor.

Berlin, Juni 1889.

Digitized by Google

Über die Dermatitis herpetiformis Duhrings.

Von

Dr. L. Brocq
in Paris.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

IV. Teil.

Polymorphe, pruriginöse, recidivierende Schwangerschafts-Dermatitis (Herpes gestationis).

Geschichte und Kasuistik.

Das Wort Herpes gestationis wurde 1872 zuerst von Milton[1] gebraucht. Beob. 1.[2] Es handelte sich in seinem Fall um eine 45jährige Frau, bei der im 4. Monat der 8. Schwangerschaft Pruritus, heftiges Brennen und Hitze in Armen und Vorderarmen auftrat; diese Teile bedeckten sich schnell mit Erythemaplaques, später auch mit Vesikeln und Blasen; der Ausschlag ging dann auch auf den übrigen Körper über und verschlimmerte sich noch gegen das Wochenbett hin. Vierzehn Tage nach der Entbindung war er fast ganz verschwunden. Die Kranke hatte bereits zwei ähnliche Anfälle während der ersten und fünften Schwangerschaft durchgemacht, war aber in der Zwischenzeit trotz mehrfacher Schwangerschaften ganz frei geblieben. Der letzte Anfall war der schlimmste, der zweite war heftiger als der erste gewesen. Danach scheint sich also das Leiden mit jedem Anfall zu verschlimmern.

Ich lasse hier nun in gedrängter Kürze diejenigen Fälle folgen, die dem eben angeführten identisch sind und die vor oder nach der Abhandlung von Milton veröffentlicht wurden.

Beob. 2. Joseph Frank erwähnt, nach Angabe eines deutschen Arztes, eine Frau, die in den letzten Monaten jeder auf ihre erste Entbindung folgenden Schwangerschaft an Pemphigus erkrankte.[3]

Beob. 3. (Fall von Bunel.[4]) Es ist dies meines Wissens der erste wirklich gut beobachtete Fall, vielleicht ist die Bemerkung nicht ganz überflüssig, dafs er in Frankreich veröffentlicht wurde.

Frau von 30 Jahren. Im fünften Monat ihrer zweiten Schwangerschaft entstand bei der damals 22 ½jährigen in der Nabelgegend ein sehr pruriginöser, erythematöser, später blasiger Ausschlag, der 12 Tage dauerte; in den folgenden Monaten bildeten sich noch eine geringe Menge von Vesikeln; vier Tage nach der Entbindung trat ein neuer, dem ersten im ganzen ähnlicher Ausschlag auf. Mit 25 Jahren wiederholte

---

[1] *Journal of cutan. Med.* I. No. 3. pag. 311.

[2] Zur Vermeidung von Verwechselungen sind die Fälle von Herpes gestationis mit arabischen Ziffern, diejenigen der D. p. p. chron. mit lateinischen, und diejenigen der D. p. p. acuta mit Buchstaben versehen.

[3] Gibert, *Traité pratique des Maladies de la Peau.* 1860. pag. 144.

[4] Bunel, Inaugural-Dissertation über den Pemphigus. (*Thèse de Paris.* No. 103. Fall IV. pag 13. 20. Aug. 1811.)

Digitized by Google

sich dann das Exanthem im fünften Monat der dritten Schwangerschaft und am vierten Tage nach der Entbindung. Mit 29 Jahren abermaliger Anfall um die Mitte der vierten Schwangerschaft, der durch Aderlafs und Laxantien zum Stillstand gebracht wurde; aber wiederum am vierten Tage nach der Entbindung brach ein heftiger Pruritus aus, dem Hautröte und schliefslich mit Vesikeln und Blasen gekrönte Hautknoten folgten. Die einander folgenden Schübe gingen mit Fieber einher. Nach drei Wochen war der Ausschlag allmählich verschwunden, jedoch folgte wenige Tage später, einen Monat nach der Entbindung, noch ein heftiger Rückfall.

Beob. 4. (Fall von Chausit. — Pemphigus acutus pruriginosus.[5])

Frau von 23 Jahren wurde im fünften Monat der Schwangerschaft unter heftigem Brennen von zahlreichen roten Knötchen befallen. Drei Tage nach der Entbindung, am 18. März, bekam sie Fieber; am 20. März verschlimmerte sich das Brennen, am folgenden Tage bedeckte sich der ganze Körper mit grofsen, hervorspringenden, lebhaft geröteten Knoten; am 24. erschienen zuerst Blasen, die allmählich die ganze Haut bedeckten. Am 6. Mai trat ein kleiner Rückfall auf, und am 12. erfolgte die endgültige Heilung.

Beob. 5. (Fall von Hardy.[6])

Frau von 35 Jahren, war bereits gegen das Ende ihrer zehnten Schwangerschaft angelangt. Seit der zweiten Geburt wurde sie wenige Wochen nach der Schwängerung von einem pruriginösen und blasigen Ausschlag über den ganzen Körper befallen. Dieser Zustand verschlimmerte sich immer bis zum Augenblick der Entbindung, um dann spurlos zu verschwinden, wiederholte sich aber bei jeder neuen Schwangerschaft mit vermehrter Heftigkeit. Vier Wochen nach dem zehnten Wochenbett war von dem Ausschlag, weswegen die Patientin die Abteilung von Hardy aufgesucht hatte, nichts mehr zu sehen.

Beob. 6 und 7. (Fall von E. Wilson. — Herpes circinatus bullosus.[7])

Der englische Gelehrte sah bei zwei Frauen mit dem Beginn der Schwangerschaft einen Herpes circinatus bullosus auftreten, der erst nach der Entbindung wich; die Blasen waren flach, enthielten eine zitronengelbe bis sero-purulente Flüssigkeit; das Jucken war unerträglich; aufserdem zeigten sich Papeln nnd Pruritus.

Bei einer der beiden Frauen war der Ausschlag das erste Symptom der beginnenden Schwangerschaft und erschien bei den folgenden vier oder fünf Schwangerschaften auch wieder.

Bei der andern bildete sich der Ausschlag zuerst gelegentlich der vierten Schwangerschaft und erschien nun auch bei den fünf noch folgenden, ist nach der letzten seit nunmehr neun Monaten aber nicht wieder verschwunden. Patientin glaubt deshalb an die Möglichkeit einer neuen Schwangerschaft.

Beob. 8. (Fall von Dr. Klein. — Pemphigus.[8])

Frau von 32 Jahren erkrankt im siebenten Schwangerschaftsmonat an einem

---

[5] Chausit, *Annales des Maladies de la Peau et de la Syphilis.* Bd. 4. No. 6. pag. 141. März 1852.

[6] Hardy, *Vorlesungen über die Hautkrankheiten.* 2. Ausgabe. Teil II. pag. 136. 1863. Kapitel: Pemphigus pruriginosus. — Siehe gleichfalls *Traité des Maladies de la Peau.* pag. 261. 1886. und *Thèse* de Hassan-Mahmud. pag. 87. 1868.

[7] C. Wilson, *On Diseases of the Skin.* London 1887. pag. 294.

[8] Klein, *Allgem. Wiener Med. Ztg.* 1887. 6. Aug.

[9] Köbner, Über das Vorkommen von Pemphigus acutus. *Archiv f. Derm. u. Syph.* — Von Nodet übersetzt und veröffentlicht (*Thèse.* 1880. pag. 117) unter dem Namen Erythema pemphigoides febrile polymorphum. Unter diesem Titel angeführt von Molènes in seiner These. pag. 190.

Digitized by Google

vesikulo-bullösen, juckenden Ausschlag, der aber wenige Wochen nach der Entbindung wieder völlig verschwand.

Beob. 9. (Fall von Dr. Köbner. — Pemphigus acutus.[9])

Frau von 25 Jahren, erkrankt 2—3 Tage nach der ersten Entbindung unter Fieber, Pruritus, Hautröte, Vesikeln und Blasen. Kurz vor Ablauf der zweiten Schwangerschaft verspürte sie heftiges Brennen. Entbindung am 24. Nov., in der folgenden Nacht Schüttelfrost, Hitzegefühl, unerträgliches Jucken, Hautröte, darauf an den folgenden Tagen schubweise Entwickelung von Vesikeln und Blasen. Besserung am 8. Dez., und nach einem Furunkelausbruch am 22. Dez. erfolgte dann dauernde Heilung.

Beob. 10. (Fall von Hebra.[10])

Nach der Ansicht von L. Duncan Bulkley und Wyndham Cottle gehört zum Herpes gestationis ein Fall von Hebra, in welchem eine Frau bei allen ihren Schwangerschaften von einem pemphigoiden Ausschlag befallen wurde. Derselbe trat das erste mal im fünften Monat auf und heilte nach der Geburt; beim zweiten mal verschwand er erst einen Monat nach der Entbindung; das dritte mal ging er in die Form des chronischen Pemphigus über, dauerte sehr lange und heilte erst nach entsprechender Behandlung; das vierte mal verschwanden die auf den Armen und Beinen entstandenen Blasen nach der Geburt; das fünfte und sechste mal endlich überdauerten sie die Schwangerschaft noch um einige Zeit.

Festzustehen scheint, dafs Hebra Fälle von Herpes gestationis gesehen hat, denn in seinem Buch über die Hautkrankheiten drückt er sich folgendermafsen aus (Übers. von Doyon. Bd. 1. pag. 824): „Das Vorkommen eines wirklichen Pemphigus hystericus ist dadurch bewiesen, dafs diese Krankheit als eine beständige Begleiterscheinung der Schwangerschaft auftritt und dafs sie (in diesem Fall) sehr bald nach der Entbindung wieder verschwindet."

Alle bisher aufgeführten Fälle sind unter verschiedenartigen Bezeichnungen veröffentlicht worden; Milton hatte ja auch, wie schon oben bemerkt, zur Zeit ihrer Beobachtung den Ausdruck Herpes gestationis noch nicht gebraucht. Die nun folgenden Fälle sind später, und meistens schon mit der Bennennung Herpes gestationis erschienen.

Beob. 11. (Fall von L. Duncan-Bulkley.[11])

Frau von 32 J., erkrankt 2 Monate vor ihrer ersten Entbindung an einem sehr pruriginösen Ausschlag von Papeln, Vesikeln und Blasen mit nachfolgender Pigmentation, die bald nach dem Wochenbett verschwand. Im 5. Monat der zweiten Schwangerschaft wurde sie unter lebhaftem Hautbrennen von Papulo-Vesikeln, Blasen und Urticaria befallen; die Hauterscheinungen verschlimmerten sich drei Tage vor der Entbindung, um dann ganz zu verschwinden.

Beob. 12. (Fall von Beverhout Thompson.[12])

Frau von 20 J., erkrankt im 8. Monat der ersten Schwangerschaft an heftigem Pruritus, Vesikeln und Blasen, die aber nach mehrtägigem Chiningebrauch wieder verschwinden.

NB. Wenn dieser, von Thompson als Herpes gestationis mitgeteilte Fall überhaupt hierher gehört, so kann man ihn höchstens als eine sehr abgeschwächte Form

---

[10] *Wiener med. Wochenschr.* 1872. No. 48.
[11] L. Duncan Bulkley, *American Journal of Obstetrics.* 1874. Febr.
[12] *Archiv of Dermatology.* New-York. Bd. 2. 1876. pag. 36.

Digitized by Google

gelten lassen. Als solche sieht ihn übrigens auch Duhring[13] an, der ihn mit allen andern Fällen von Herpes gestationis in die Varietas vesiculosa et bullosa seiner Dermatitis herpetiformis verwiesen hat.

Beob. 13. (Fall von Liveing.[14])

Frau von 37 J., erkrankt während der letzten Monate ihrer letzten Schwangerschaft an heftigem Pruritus und neuralgischen Schmerzen in den Gliedern. Am dritten Tage nach der Entbindung erschien ein heftig juckender Ausschlag von Papeln, Vesikeln und Blasen, der aber nach Verlauf von 7 Wochen wieder völlig verschwand.

Zwei Jahre später wurde dieselbe Kranke von Liveing zu zwei verschiedenen Zeiten an einem ähnlichen Leiden behandelt, ohne jedoch schwanger zu sein, woraus L. den Schluſs zieht, daſs Schwangerschaft keine unerläſsliche Bedingung für die Entwickelung dieser Krankheit zu sein scheine.[15]

NB. Liveing bemerkt, eine der interessanten Eigentümlichkeiten dieses Falles bestehe darin, daſs der Ausschlag erst nach der Entbindung aufgetreten sei; in diesem Punkt gleicht er dem Fall von Chausit (Beob. 3). Aber der starke Pruritus, der in diesen beiden Fällen schon während des letzten Schwangerschaftsmonates bestand, beweist zur Genüge, daſs der krankhafte Prozeſs schon um jene Zeit vorhanden war, wenngleich sich ein Ausschlag auch noch nicht zeigte. Der englische Autor hält dieses Leiden für nahe verwandt mit der Hydroa bullosa von Bazin und bringt deshalb die Bezeichnung Hydroa gestationis anstatt Herpes gestationis in Vorschlag.

Beob. 14. (Fall von Wyndham Cottle.[16])

Frau von 38 J., nervös. Zwei Monate vor der Geburt des ersten Kindes war sie an einem sehr pruriginösen, rein erythematösen und papulösen Ausschlag erkrankt. Im dritten Monat der zweiten Schwangerschaft erschien der nämliche Ausschlag, nur noch viel heftiger; im dritten Monat der folgenden Schwangerschaft die nämlichen Erscheinungen in noch stärkerem Maſse; es kam zur Blasenbildung auf der Haut der Gliedmaſsen. Dann trat der Ausschlag noch wieder gegen die 10.—12. Woche der vierten Schwangerschaft auf, und es bildeten sich Blasen überall auf dem Körper.

Beob. 15. (Zweiter Fall der Abhandlung von Wyndham Cottle. — Nach einer Mitteilung von Dr. Weaver de Clapham an den Verfasser. — Dr. Hilton Fagge sah die Kranke.)

Zu Beginn des vierten Schwangerschaftsmonats stellte sich ein pruriginöser Ausschlag von harten Knötchen ein, später auch Vesikeln und Blasen; ein sehr heftiger Anfall erschien auch am vierten Tage nach der Entbindung.

Beob. 16. (Erster Fall von Stanley Gale.[17])

Frau von 39 J., hatte schon 6 Anfälle von Herpes gestationis gehabt. Der Ausschlag erschien für gewöhnlich 4 Tage vor der Entbindung und verschlimmerte sich allmählich bis in die dritten Woche nach der Geburt. Während der ersten 5 Tage

---

[13] Über die Beziehungen des Schwangerschafts-Herpes und verschiedener anderer Formen zur Dermatitis herpetiformis. *The Medical News.* pag. 421. 1885. 17. Oktbr.

[14] Clinical Remarks on a case of Herpes gestationis. *Lancet.* pag. 783. 1878. 1. Juni.

[15] Vergl. Liveing, *Handbook on the Diagnosis of Skin Diseases.* 1880. pag. 86.

[16] Wyndham Cottle, Herpes gestationis. *St.-George Hospital Rep.* 1879. pag. 626.

[17] Stanley Gale, Herpes gestationis. *The Lancet.* 1880. 17. April. — Vielleicht handelt es sich hier um dieselbe Patientin wie in Beob. 15.

Digitized by Google

glich er dem Erythema papulatum, dann kam es zur Blasenbildung. Patientin fühlte sich nach Höllensteinätzungen sehr erleichtert und hat seitdem eine Entbindung ohne Ausschlag durchgemacht.

Beob. 17. (Zweiter Fall von Stanley Gale.)

Frau von 34 J., leidet an Herpes gestationis, aber nicht bei jeder Schwangerschaft. Der Ausschlag ist minder heftig, wenn die letzte oder die 2 letztvorhergehenden Schwangerschaften ausschlagsfrei waren. Höllensteinätzungen bewirkten sofortige Besserung, und der Ausschlag hat sich bei der nächsten Entbindung nicht wieder gezeigt.

Beob. 18. (Fall von Walter G. Smith.[18])

Frau von 35 J., erkrankt im sechsten Monat der dritten Schwangerschaft an einem pruriginösen, herpesähnlichen Ausschlag, der erst 2 Monate nach der Entbindung allmählich verschwand. Im dritten Monat der siebenten Schwangerschaft erschien ein ebensolcher Ausschlag, der sich in den ersten 8 Tagen des Wochenbettes merklich verschlimmerte, es kam auch zu Vesikel- und Blasenbildung. Drei Monate nach der Entbindung waren fast alle krankhaften Erscheinungen völlig geschwunden. Nach einigen Wochen kam es zu einem Rückfall, den Verf. recht ausführlich beschreibt.

Beob. 19. (Fall von R. J. W. Oswald.[19])

40jährige Frau, erkrankte vor 8 Jahren zum ersten mal im siebenten Monat der vorletzten Schwangerschaft; Heilung erfolgte 3 Wochen nach der Entbindung. Während der folgenden 8 Jahre hatte sie weder Entbindung noch Ausschlag. Im fünften Monat ihrer letzten Schwangerschaft erschien dann auf den Gliedmafsen ein schuppiger Ausschlag; im siebenten Monat bildeten sich Blasen, und unmittelbar nach der Entbindung kam es zur Verhärtung, Verdickung und Abschuppung der Haut von Gesicht, Hals und oberm Teil des Thorax, ohne dafs sich indes Blasen zeigten. Nach Verlauf von 7 Wochen fingen die Erscheinungen an abzublassen.

Beob. 20. (Fall von Brooke.[20])

36jährige Frau, erkrankt während der dritten Schwangerschaft zum ersten mal an Herpes gestationis; den zweiten Anfall machte sie während der sechsten Schwangerschaft durch. Zur Zeit der Beobachtung ging sie mit dem zehnten Kinde; seit dem vierten Monate wurde sie von einem symmetrischen, sehr pruriginösen Ausschlag belästigt, der erythemato-papulös, vesikulös, bullös und pustulös war.

Beob. 21. (Fall von R. H. Sabin.[21])

Am fünften Tage nach der dritten Entbindung entstand bei der Patientin ein pruriginöser Blasenausschlag, der schubweise verlief und nach 4 Wochen verschwand. Ungefähr 2 Jahre später erschien 3 Tage nach der Entbindung das nämliche Leiden wieder, und zwar viel heftiger als das erstemal; Heilung erfolgte erst nach 3 Monaten. Dann trat die Krankheit von neuem wieder im vierten Monat der folgenden Schwangerschaft auf, verschwand nach einem Vierteljahr und kehrte 3 Tage nach der Entbindung zurück. Chinin, Eisen und Acid. arsenic. bewirkten diesmal schnelle Heilung. Pat. ging 6 Jahre später an Morbus Brightii zu Grunde.

---

[18] W. G. Smith, Fait curieux d'Eruption probablement d'Origine nerveuse lié manifestement à la Grossesse. *The Dublin Journal of the Med. Sciences.* 1881. Jan.

[19] R. J. W. Oswald, A peculiar Skin Eruption occurring during pregnancy. *Lancet.* 1882. 10. Juni.

[20] Brooke, Cas de Dermatitis herpetiformis de Duhring, ou d'Impetigo herpetiformis de Hebra. Manchester Med. Society. 1885. 18. März. Siehe *British Med. Journal.* 1885. 16. Mai.

[21] Pemphigus suivi d'Albuminurie. *Journal of cutan. and venereal Diseases.* 1886. pag. 172.

Digitized by Google

NB. Der Verf. betitelt diesen Fall als Pemphigus mit nachfolgender Albuminurie, scheint also zwischen diesen beiden Krankheiten einen ursächlichen Zusammenhang anzunehmen. Jedoch genügt ein kurzer Blick in die Krankengeschichte, um sich von der Haltlosigkeit einer derartigen Schlufsfolgerung zu überzeugen. Der Pemphigus war ein typisches Bild des Herpes gestationis, der letzte Anfall fand im Nov. 1879 statt, während sich die Albuminurie erst 1885 nach Überarbeitung, Entbehrungen und Sorgen aller Art einstellte. Mir scheint es daher sehr fraglich, ob ein Zusammenhang zwischen diesen beiden Erkrankungen besteht.

Beob. 22. (Fall von Radcliffe Crocker.[22])

34jährige Frau, erkrankt zum ersten mal 1874, im dritten Monat der zweiten Schwangerschaft, an einem pruriginösen Ausschlag von Erythem, Vesikeln und Blasen: 3 Tage nach der Entbindung trat eine wesentliche Verschlimmerung ein, nach 3 Wochen erfolgte die Heilung. Das nämliche Leiden trat 1877 im dritten Monat der dritten Schwangerschaft zum zweiten mal auf und überdauerte die Entbindung diesmal um ein Vierteljahr, da alle 14 Tage ein neuer Schub erfolgte. Der zur Zeit der Beobachtung bestehende Ausschlag war heftiger als die vorhergehenden und begann in der dritten bis vierten Woche der vierten Schwangerschaft.

Diese 22 Beobachtungen scheinen mir zu einem erfolgreichen Studium des Herpes gestationis genügend; allerdings ist das einschlägige Material mit ihnen noch keineswegs erschöpft. Es gibt noch eine ganze Reihe von Fällen, die ich aber aus mehrfachen Gründen hier nicht verwenden konnte.[23] Eine eingehende Prüfung unsrer 22 Beobachtungen führt zu folgenden Ergebnissen:

Atiologie. Alter und Anamnese der Patienten. Über diesen Punkt ist nichts Besonderes zu bemerken. Das Alter der Kranken schwankt zwischen 21 bis 29 Jahren, was ja auch selbstverständlich ist, da die Haupteigenschaft dieser Dermatose in ihrem Auftreten während einer Schwangerschaft besteht. Die Frauen waren bis dahin immer gesund; nur in einem Fall (Beob. 18) erkrankte die Patientin jedesmal nach Fischgenufs an Urticaria.

Symptomatologie. Entstehungzeit des Ausschlags. Man mufs in dieser Beziehung zwischen 3 Gruppen unterscheiden, indem der Ausschlag entweder 1. nach der Entbindung, oder 2. während der Schwangerschaft, oder 3. während beider Epochen einsetzt.

1. Gruppe: Beginn des Ausschlags nach der Entbindung. Die Fälle 9 und 13 sind schöne Beispiele für diese Art des Anfangs. Im Fall 9 (Köbner) erkrankt die Mutter 2—3 Tage nach der Geburt ihres ersten Kindes unter heftigem Fieber und Schweifsen an allgemeinem Pruritus und Röte, und am nächsten Tag steht der Ausschlag in voller Blüte. Während der zweiten Schwangerschaft leidet sie kurz vor der Entbindung an allgemeinem Pruritus, wird in der auf die Geburt folgenden Nacht vom Fieber befallen, und 2 Tage nach der Entbindung stellen sich Röte und Vesikeln ein. In Beob. 13 (Liveing) erscheint der Ausschlag 3 Tage nach der Ent-

---

[22] H. Radcliffe Crocker, Hydroa. *The British med. Journal.* 1886. 22. Mai. Beob. ist in den *Annales de Dermatol.* von 1887 besprochen.

[23] Vergl. besonders den Fall von Treymann, *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1876. No. 36. Ferner den Fall von Hutchinson, *Lectures on clinical Surgery.* 1879. Bd. I. pag. 57. Beob. 1; hier zeigte sich der Ausschlag im 8. Monat der ersten Schwangerschaft.

Digitized by Google

bindung; aber die Kranke hatte in den letzten Monaten der Schwangerschaft neuralgische Schmerzen in den Gliedmafsen und heftiges Brennen verspürt.

2. Gruppe. Beginn des Ausschlags während der Schwangerschaft. Diese Art des Anfangs scheint die häufigste zu sein. Im Fall 1 erscheinen die Hautsymptome im 4. Monat der 8. Schwangerschaft; im Fall 3 im 5. Monat der 2. sowohl wie der 3. Schwangerschaft; im Fall 4 im 5. Monat der 1. Schwangerschaft; im Fall 8 im 7. Monat ....; im Fall 11 im 7. Monat der 1. und im 5. der 2. Schwangerschaft; im Fall 12 im 8. Monat der 1.; im Fall 14 im 7. Monat der 1., im 3. Monat der 3., ferner gegen die 10. Woche der 4., 5., 6., 7. und 8. Schwangerschaft, wobei der Ausschlag jedesmal heftiger auftrat; im Fall 15 im 4. Monat; im Fall 18 im 6. Monat der 3. und im 3. Monat der 7. Schwangerschaft; im Fall 19 im 5. Monat; im Fall 20 im 4. Monat; im Fall 22 im 3. Monat der 2. und 3., sowie in der 3. bis 4. Woche der 4. Schwangerschaft. In den Fällen 5, 6 und 7 ist ohne weitere Angabe vermerkt, dafs der Ausschlag während der Schwangerschaft einsetzte und über die Entbindung hinaus dauerte.

Nach dieser Statistik kann der Ausschlag schon in der 3. bis 4. Woche beginnen, etwas häufiger noch fängt er mit der 10. Schwangerschaftswoche an, in der grofsen Mehrzahl der Fälle zeigt er sich aber erst nach $2^1/_2$monatlichem Bestand der Gravidität; denn diejenigen Frauen, die jedesmal Ausschlag zeigen, bleiben davon verschont, wenn sie vor der 10. Woche abortieren, während das Exanthem sich auch bei später erfolgendem Abort einstellt. (Fall 14.) Ferner scheint nach meiner Kasuistik der einzelne Anfall um so heftiger aufzutreten und um so länger zu dauern, je häufiger er erfolgt, der zweite Anfall wird demgemäfs mindestens ebenso zeitig erscheinen, wie der erste, häufig aber noch viel früher. (Vergl. weiter oben.)

Der Ausschlag verläuft in der verschiedensten Weise; so kann er in einzelnen Schüben mit gleichbleibender oder zunehmender Heftigkeit bis nach der Entbindung verlaufen; selbst in diesen Fällen erfolgt bald nach der Entbindung, zuweilen schon am folgenden Tag, meistens erst 3—4 Tage später, noch eine Verschlimmerung der Symptome. In mehreren Fällen freilich verschwand der Ausschlag schon 2—3 Tage nach der Geburt oder mit beginnender Laktation. Häufig jedoch besteht er noch Wochen oder Monate lang weiter, bald mit, bald ohne Verschlimmerungen.

Manchmal lassen die Hautsymptome mit zunehmender Schwangerschaft nach; sie können sogar kurz vor dem Schwangerschaftsende ganz verschwinden. (Fall 12.) In der Regel erfolgt dann aber bald nach der Entbindung ein ernster Rückfall, etwa am dritten bis vierten Tage, und dieser Rückfall kann schlimmer als der ursprüngliche Ausschlag sein.

Endlich finden sich Fälle verzeichnet, bei denen es vor der Entbindung nur zu subjektiven Empfindungen, sowie zu Erythem- und Papelbildung kommt, während Vesikeln und Blasen erst nach der Geburt auftreten. Diese Fälle führen unwillkürlich zur dritten Gruppe hinüber.

3. Gruppe. Gemischte Fälle. Für diese Form scheint mir Fall 21 typisch zu sein. Der Ausschlag zeigt sich hier zuerst 5 Tage nach der dritten Entbindung, erscheint dann, und in viel heftigerem Mafse, 3 Tage nach der vierten Entbindung wieder; dann tritt er abermals im dritten Monat der folgenden Schwangerschaft auf, verschwindet erst nach 4 Monaten und recidiviert 3 Tage nach der Entbindung. Beide Möglichkeiten des Beginns sind hier also vertreten, die erste bei den beiden ersten Anfällen, die zweite beim dritten Anfall. Desgleichen unterlag die Krankheit auch in diesem Fall dem allgemeinen, schon vorhin enthüllten Gesetz: sie wurde mit jedem Rückfall heftiger.

Digitized by Google

Der Herpes gestationis kann also zu jedem Zeitpunkt im Verlauf einer Schwangerschaft seinen Anfang nehmen, jedoch lassen sich hier einige allgemeine Regeln aufstellen: a. Der Ausschlag beginnt entweder während der Schwangerschaft und zwar schon von der 3. bis 4. Woche an (wobei er zuweilen eins der ersten, oder gar das erste Symptom erfolgter Schwängerung bildet), oder nach der Entbindung, und zwar gewöhnlich am 3. bis 4. Tag. b. Er beginnt während der ersten Schwangerschaften nach der Entbindung, während der letzten vorher. c. Hat er im Verlauf einer Schwangerschaft angefangen, so erfährt er gewöhnlich bald nach der Entbindung eine merkliche Verschlimmerung oder gar einen völligen Rückfall; ja, bisweilen kommt es erst in dieser letzten Epoche zu Vesikel- und Blasenbildung, die ersten 5 Tage nach der Entbindung üben also auf den Ausschlag einen grofsen Einfluſs aus. d. Endlich scheint das Exanthem mit jeder Wiederholung an Heftigkeit und Dauer zuzunehmen.

Die Körperteile, an denen der Herpes beginnt. 14mal unter meinen 22 Fällen findet sich genau verzeichnet, an welchem Körperteil der Ausschlag begonnen hat; viermal findet sich eine Bemerkung über je 2 Anfälle, so daſs wir im ganzen über 18 einzelne Anfälle Angaben besitzen. Von diesen 18 mal fing das Leiden zweimal an den Händen an, einmal an der Aufsenfläche des Daumens, einmal je an der Palma manus und Planta pedis, einmal an Händen und Füſsen, dreimal an den Extremitäten, sechsmal an den Vorderarmen und Armen, dreimal am Nabel, einmal an Arm und Brust, einmal an Gesicht und Brust (gleichzeitig auch an den Extremitäten), einmal an den Schultern. Jeder Rückfall kann an einer andern Stelle anfangen, so zeigte sich in Fall 3 der Ausschlag zuerst am Nabel, das zweite mal an der Handfläche, der Fuſssohle und den Fingern, in der Regel freilich beginnt er immer an den nämlichen Punkten, wie in Beob. 11 (Extremitäten) und Beob. 18 (Nabel).

Meine Fälle lehren nun, daſs der Herpes gestationis namentlich an den Extremitäten, besonders den obern, beginnt, bemerkenswert ist auch der erste Beginn am Nabel, auf den ich zweimal stieſs.

Die letztbefallenen Teile. — Der Ausschlag kann auf die zuerst erkrankten Punkte und die nächste Nachbarschaft beschränkt bleiben; doch ist das keineswegs die Regel; in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle dehnt er sich vielmehr bald schneller, bald langsamer, oft überraschend schnell, über Arme, Brust, Beine, Schenkel und selbst den Stamm und den Kopf aus. Das Exanthem kann also allgemein werden. In einzelnen Fällen sind Brust, Leib und Rücken am meisten befallen, für gewöhnlich jedoch die Oberextremitäten einschlieſslich der Finger, sowie Füſse und Beine. Handfläche und Fuſsrücken bleiben zuweilen, aber keineswegs immer, frei. Der Kopf, und besonders das Gesicht, erkrankt häufig. In Beobachtung 14 war die Schleimhaut der Wangen, des Kehlkopfs und der Vulva befallen.

Die Vorläufer des Ausschlags. — In 3 Fällen (4., 9. und 20) gingen dem Ausschlag heftige Fieberanfälle mit Schüttelfrost, Schweiſsen und Temperaturerhöhung vorher; in einem Fall kam es sogar zu Fieberdelirien. Aber die Prodromalerscheinungen sind keineswegs regelmäſsig.

Fast immer jedoch tritt entweder gleichzeitig mit dem Ausschlag, oder lieber noch wenige Stunden bis Tage vorher, heftiger Schmerz und peinliches Jucken auf, Prickeln, Brennen, Hitze, entweder nur am zukünftigen Sitz der Krankheit, oder über die ganze Körperoberfläche verbreitet.

Die ersten sichtbaren Symptome des Leidens sind, wenigstens in den sorgfältig

Digitized by Google

beobachteten Fällen, erythematöser Natur. Diese Symptome bestehen, nach Aussage der Kranken, aus Röte, roten Plaques und Erythemplaques; diese Elemente bleiben entweder unverändert oder springen mehr hervor, verwandeln sich in umfangreiche und ausgedehnte Papeln, in Erythema papulatum (Fall 16). Viermal bestand der Anfangsausschlag aus kleinen roten Knötchen oder Papeln (Beob. 4, 11, 13, 15). Nur in 4 von meinen Fällen scheint der Beginn ein andrer gewesen zu sein, es findet sich da, ohne weitere Einzelheiten (so dafs den Angaben nicht unbedingt zu trauen ist) vermerkt, dafs der Ausschlag mit Vesikeln (Fall 8), mit kleinen Vesikeln an den Finger- und Zehenspitzen (Fall 12), mit durchscheinenden Blasen (Fall 26), endlich mit Herpes circinatus ähnlichen Elementen begann (Fall 18).

Sei dem nun wie ihm wolle, so halte ich doch den Beginn mit Pruritus, Brennen und Stechen, mit erythematösen Elementen, roten Plaques und Papeln für die Regel. Den Beginn mit Vesikeln oder Blasen halte ich für möglich, aber für mindestens viel seltener.

Das Exanthem. — Die Bezeichnung Herpes gestationis scheint anzudeuten, dafs die Vesikel das wichtigste Element der uns hier beschäftigenden Krankheit bildet. Thatsächlich ist auch die Vesikel in allen von mir gesammelten Fällen zur Beobachtung gelangt. Nur darf man nicht glauben, dafs sie das Feld allein beherrscht und dem Krankheitsbild ein einformiges Gepräge aufdrückt. Mir scheint eine genaue Prüfung der Fälle vielmehr den polymorphen Charakter des Leidens zu beweisen; aus dem folgenden möge man selber urteilen.

Ich habe oben erwähnt, dafs nur in 4 Fällen die ersten eruptiven Elemente weder erythematös noch papulös waren. Zweimal (Fall 8 und 12) waren die zuerst beobachteten Elemente Vesikeln, die sich im Fall 8 sehr schnell in stellenweise sogar nufs- und hühnereigrofse Blasen verwandelten. In Beob. 12 heifst es, die Vesikeln seien in Gruppen angeordnet, aber an den Unterextremitäten befanden sich Blasen von $^1/_4$—$^1/_2$ Zoll Durchmesser. In Beob. 18 glichen die ersten Hautsymptome den Elementen des Herpes circinatus; der Ausschlag formte sich aber bald in grofse Vesikeln und Blasen um, deren einzelne den Umfang eines Six-Pence-Stück erreichten, der Autor verzeichnete ferner das Vorhandensein von Papulo-Vesikeln und erythematösen Erhebungen. In Beob. 21 fehlen die nähern Einzelheiten, Dr. Sabin hat sich mit der Erklärung begnügt, dafs der Ausschlag blasig war und alle Eigenschaften des Pemphigus zeigte, mit zahlreichen, erbsen- bis nufsgrofsen Blasen, deren anfangs durchscheinender Inhalt sich allmählich trübte. — Die Vesikel war also niemals das einzige eruptive Element.

In denjenigen Fällen, in denen das Leiden mit erythematösen Elementen, mit erythematösen Plaques oder kleinen, roten Papeln beginnt, folgen auf diese ursprünglichen Elemente, nach ganz verschieden langer Zeit, je nach dem Fall, kleine Vesikeln oder verschieden grofse Blasen. Namentlich in den nach der Entbindung ausbrechenden Anfällen ist das vesikulo-bullöse Element regelmäfsig und scheint sich mit der gröfsten Schnelligkeit wenige Stunden bis höchstens zwei Tage nach Beginn des Ausschlages zu bilden. Auch bei den im Verlauf der Schwangerschaft auftretenden Schüben können Vesikeln und Blasen rasch zur Stelle sein; eben so häufig erscheinen sie hier aber erst nach mehreren Tagen (Beob. 3), nach 8—10 Tagen (Beob. 9), nach einem Monat (Beob. 15) und noch später (Beob. 19). Bisweilen bleibt der Ausschlag monatelang, bis nach der Entbindung, rein erythematös und papulös, und die Vesikeln und Blasen treten dann erst post partum auf (Fall 4); ja der Ausschlag vermag sogar seinen erythematösen und papulösen Charakter während der ersten Schwangerschaften rein zu bewahren, und Vesikeln und Blasen treten dann erst bei spätern Schwangerschaften in die Erscheinung (Fall 14).

Digitized by Google

Im ganzen setzen sich die verschiedenen Grade der Heftigkeit der Krankheit folgendermafsen zusammen: 1. Pruritus, Brennen und Stechen, die eine Zeitlang für sich bestehen können. 2. Röte, erythematöse Plaques, rote Papeln. 3. Vesikeln. 4. Blasen mit durchscheinendem Inhalt, der manchmal eiterig werden kann. Über diese einzelnen eruptiven Elemente ist nur noch wenig zu bemerken.

Erythematöse Elemente. — In mehreren Fällen scheint die Röte im Anfang eine grofse Ausdehnung gehabt zu haben; meistens aber bildet sich im Beginn eine abgerundete oder unregelmäfsige erythematöse Plaque, die zuerst umschrieben ist, sich dann aber rasch ausdehnt; sie kann über die Nachbarschaft erhaben sein, sogar deutlich hervorspringen und Ähnlichkeit mit einem Element von Erythema papulatum gewinnen. Andre male handelt es sich um kleine rote Knötchen von verschiedener Härte und Höhe, vereinzelt oder in Gruppen; in einem Fall ist sogar von ausgesprochenen Urticariaknoten die Rede. Diese Elemente verallgemeinern sich, wobei sie meist ihre Eigenschaften bewahren; stellenweise erscheinen sie figuriert. Manchmal ist die Entzündung so stark, dafs grofse Flächen erythematös werden, mit Ödem der befallenen Teile, zumal der Beine. In dieser Beziehung ist der Ausschlag der Beob. 19 sehr lehrreich; die Haut war verdickt, infiltriert, schuppig und glich fast einer elephantiastisch erkrankten Haut.

Vesikeln. — Die Vesikeln wachsen, wie schon erwähnt, entweder auf gesunder Haut oder auf erythematösen Flächen, auf Papeln oder Plaques; sie stehen einzeln oder in Haufen von 2, 4 und mehreren; in solchem Fall verdient die Krankheit dann den Namen Herpes gestationis mit vollem Recht. Jedoch ist dies Verhalten keineswegs Regel. Die Vesikeln sind anfangs durchscheinend, später zuweilen schleimig eiterig.

Blasen. — In der grofsen Mehrzahl der Fälle bleibt der Ausschlag nicht einfach vesikulös; die einzeln stehenden Vesikeln vergröfsern sich, die gruppierten fliefsen zusammen, kurz, es entwickeln sich echte, runde, ovale, oder infolge des Zusammenfliefsens unregelmäfsig geformte Blasen, die hasel- bis wallnufs- bis hühnereigrofs werden können, meistens prall hervorspringen, selten flach sind, gefüllt mit einem durchscheinenden, alkalinischen Serum, das manchmal trübe und schleimig-eiterig wird. Aber diese Blasen sind nicht immer Folgezustand der Vesikeln, sondern bilden sich zuweilen direkt, bald auf einer erythematösen Fläche, bald auf gesunder Haut, wie bei jenen Ausschlagsformen, die man bis in die jüngste Zeit zum Pemphigus verus zu rechnen pflegte (Beob. 4 und 9). Anderseits brauchen auch nicht alle Vesikeln notwendig in Blasen überzugehen; sie können bleiben, was sie sind. Alle diese Elemente sind zuweilen sehr zahlreich und bedecken völlig die befallenen Teile, mit Vorliebe die Ober- und Unterextremitäten.

Vesikeln und Blasen trocknen nach Verlauf einiger Tage bis Wochen ein; es bildet sich dann meist eine dünne, zuweilen auch wohl eine dickere Kruste (Beob. 19). Auch können Vesikeln sowohl wie Blasen platzen, von selbst oder infolge des Kratzens, alsdann bleibt eine etwas nässende rote Fläche, niemals aber Ulcerationen zurück. Die Patientinnen bringen es wohl auch zu zahlreichen Exkoriationen und verschlimmern dadurch den ursprünglichen Ausschlag. Endlich hinterlassen die Vesikeln und Blasen in vielen Fällen auch Pigmentflecke, die um so deutlicher sind, je üppiger der Ausschlag war, und die lange Zeit bestehen bleiben.

Diese Prüfung der Elemente des Herpes gestationis beweist also die Richtigkeit des obigen Ausspruchs, dafs die Polymorphie seine hervorragendste Eigenschaft sei. Bald herrscht das erythematöse Element vor, bald das vesikulöse, bald das bullöse oder das vesikulo-bullöse; bald endlich sind alle diese Varietäten gleichzeitig vor-

Digitized by Google

handen; wir könnten also auch hier, wie bei der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica, erythematöse[24], vesikulöse, vesikulo-bullöse, bullöse und Mischformen unterscheiden. Jedoch hätte das keinen rechten Zweck, denn derselbe Ausschlag, der beim erstmaligen Anfall nur erythemato-papulös erscheint, kann das zweite mal erythemato- oder papulo-vesikulös, das dritte mal bullös sein; diese Unterscheidung ist also für das Verständnis der Natur unsres Leidens von keinem grofsen Wert.

Die Hauptsache bleibt die Polymorphie des Ausschlages, das verschiedenartige Aussehen der einzelnen Anfälle, gleicht doch auch der ganze Ausschlag (wie schon Liveing[25] bemerkt hat), vielmehr der Hydroa Bazins als einem Herpes. Die zweite Haupteigenschaft des Herpes gestationis besteht darin, dafs er mit jedem neuen Anfall allmählich an Dauer und Heftigkeit zunimmt. Es können aber zwischendurch eine oder mehrere Schwangerschaften ausschlagsfrei verlaufen.

Subjektive Symptome. — Dieselben sind beim Herpes gestationis von der gröfsten Wichtigkeit; sie scheinen regelmäfsig aufzutreten, wenigstens fehlen sie bei keinem nur einigermafsen sorgfältig beobachteten Fall. Gewöhnlich gehen sie dem Anfall vorauf und erreichen beim Ausbruch desselben ihren Höhepunkt. Zuweilen dauern sie während der ganzen Krankheit, folgen deren verschiedenen Wendungen, verschlimmern sich nach der Entbindung; manchmal lassen sie bedeutend nach, sowie die Vesikeln und Blasen zum Ausbruch gekommen, und besonders, sowie sie geplatzt sind. Einmal verschwanden sie früher als der Ausschlag; häufiger überdauern sie denselben noch um einige Zeit.

Sie bestehen aus Wärme, Hitze, Brennen, Stechen, heftigem Jucken, werden meistens unerträglich und erschöpfen die Kranke durch Schmerz und Schlaflosigkeit. Aufser den bereits aufgezählten Besonderheiten ist noch zu bemerken, dafs sie gegen Abend zuweilen schlimmer werden.

Allgemeine Symptome. Fieber. Komplikationen. — In 4 meiner Fälle ging jedem eruptiven Anfall heftiges Fieber vorauf, das gegen Abend seinen Höhepunkt erreichte. Jedoch scheint dieses Symptom nicht immer vorhanden zu sein. Auf jeden Fall sind noch neue thermometrische Untersuchungen darüber erforderlich.

Mehrmals (Beob. 5, 8, 11, 14) waren die Frauen während des Anfalls merklich schwach, erschöpft und sogar ganz von Kräften; jedoch war das Allgemeinbefinden niemals besorgniserregend, wiewohl es in einem Fall (Beob. 4) sogar zu Delirien kam. So bestand z. B. in Fall 9 bei starkem Ausschlag lebhaftes Fieber, die Lochien blieben 2 Tage aus, und dennoch hatte die Kranke gesunden Appetit. Dieses Ungestörtbleiben der Verdauung scheint in allen Fällen die Regel gewesen zu sein; nur findet sich ziemlich häufig Verstopfung verzeichnet.

In einem Fall (Beob. 9) endete der Ausschlag mit einem Furunkelanfall. Im Fall 18 gingen beide Anfälle mit Verlust der Nägel einher. Ziemlich häufig wurden auch nervöse Schmerzen beobachtet. Im Fall 19 bestand Anästhesie und Hyperästhesie. Entbehrungen und Aufregung scheinen übrigens die Heftigkeit der Erscheinungen zu begünstigen. Dies ganze Verhalten scheint die Beteiligung des Nervensystems bei der Pathogenese des Herpes gestationis darzuthun. Das ist auch

---

[24] Wyndham Cottle (a. a. O.) nennt dies Leiden Erythema gestationis.

Digitized by Google

die Ansicht von Liveing[25], Stanley Gale[26], Bulkley[26], Wyndham Cottle[26], Alfred Wildshire.[27]

Verlauf. Dauer. Ausgang. — Der Verlauf der Krankheit ist schon früher, bei der Schilderung ihres Beginns, besprochen worden. Gewöhnlich verschwindet sie erst nach einer Verschlimmerung innerhalb der ersten 5 Tage nach der Entbindung. Dann beginnt der Ausschlag nachzulassen und ist nach einigen Tagen bis Wochen verschwunden. Manchmal räumt er sofort nach der Entbindung das Feld, oder sowie die Laktation sich einstellt. Selten nur heilt er vor der Geburt ohne wieder zu erscheinen (Fall 12, Abort). Auch bleibt er zuweilen noch in seiner ganzen Heftigkeit 2—4 Wochen nach der Entbindung bestehen; ja, es kann dann sogar noch zu neuen Schüben kommen, wodurch seine Dauer auf $1^1/_2$ (Beob. 4) bis 3 Monate (Beob. 22) nach dem Wochenbett hinausgezögert wird. Das führt mich zur Besprechung der 3 Fälle 7, 13 und 18, in denen der Ausschlag, wie es scheint, entweder chronisch wurde, oder doch wenigstens, nach mehreren Rückfällen, unabhängig von Schwangerschaft und Puerperium, weiter bestand.

Im Fall 7, den wir Wilson verdanken, heifst es, dafs der Ausschlag nach dem sechsten, während der neunten Schwangerschaft sich einstellenden Rückfall bestehen blieb und 9 Monate nach der Entbindung chronisch geworden war. Jedoch, bemerkt der Verfasser, sei es ganz gut möglich, dafs die Kranke von neuem schwanger war.

Im Fall 18 von Walter G. Smith war der Ausschlag 3 Monate nach der Entbindung fast ganz verschwunden; es trat aber nach 3 Wochen wieder ein starker Rückfall auf. Nach einem weitern Monat war Patientin wesentlich besser, wenn auch noch nicht ganz geheilt. Über den weitern Verlauf fehlen die Angaben.

Im Fall 13 endlich (Liveing) verschwand der Ausschlag 7 Wochen nach der Entbindung; 2 Jahre später hatte Patientin dann zwei ähnliche Anfälle, ohne jedoch schwanger zu sein, woraus Liveing folgert, dafs Schwangerschaft keine unerläfsliche Bedingung für die Entwickelung dieses Leidens zu sein scheint.

Von diesen 3 Fällen sind die beiden ersten allerdings nicht ganz einwurfsfrei, denn es liefse sich mit einigem Recht behaupten, dafs die durch die Schwangerschaft im Uterus, im Nervensystem oder im übrigen Organismus gesetzten Veränderungen noch nicht ganz verschwunden waren, dafs also der Ausschlag infolgedessen noch weiter bestand, als die behandelnden Ärzte die Patientinnen aus dem Auge verloren. Dieser Einwand ist um so weniger von der Hand zu weisen, als im Fall 18 der Ausschlag nach den letzten Aufzeichnungen nur noch spurweise bestand, und im Fall 7 die Kranke im Verdacht einer neuen Schwangerschaft stand.

Anders verhält es sich mit Fall 13, denn hier erklärt Dr. R. Liveing, einer der bedeutendsten englischen Dermatologen, dafs Patientin 2 Jahre nach dem letzten im Verlauf einer Schwangerschaft auftretenden Herpes zwei neue identische Anfälle gehabt habe, und zwar zu einer Zeit, wo von Schwangerschaft keine Rede war. Leider fehlen hier die nähern Angaben. Ich beuge mich vor der Autorität Liveings; aber zur völligen Klarstellung hätte ich über folgende Punkte gern Auskunft gehabt: 1. In welchem Zustand befanden sich die Geschlechtsorgane? 2. Unter welchen Begleiterscheinungen traten die Anfälle auf? 3. Aus was für Elementen bestand der

---

[25] Lieving (a. a. O.). Radcliffe Crocker hat den Fall 22 unter der Bezeichnung Hydroa veröffentlicht.

[26] a. a. O.

[27] Alfred Wildshire. Herpes gestationis. *The Lancet.* 1880. 1. Mai.

Digitized by Google

Ausschlag? 4. Wie verlief er? 5. Wie lange dauerte er? 6. Welches waren die subjektiven Symptome? u. s. w. Alle diese Punkte bleiben hier unaufgeklärt, während sie doch bei einer so heiklen Frage wie der vorliegenden unbedingte Klarlegung erfordern.

Die ganze Wichtigkeit dieser Erörterung wird aber erst klar werden, wenn wir zur Kritik der Duhringschen Ideen über den Herpes gestationis kommen.[28]

(Schluſs folgt.)

Besprechungen.

Aus dem eingehenden **Bericht über die Litteratur der Syphilis und der Hautkrankheiten im Jahre 1888** von Dr. Ernest Finger in Wien (*Wiener med. Presse.* No. 13—16) kann ich bei dem dem Referenten zugewiesenen knappen Raum nur das Hauptsächlichste hervorheben:

I. Syphilidologie. Wegen der Möglichkeit der Reinfektion syphilitischer Schanker am Träger und auf Grund ihrer zahlreichen Exzisionserfolge erklären Gemy wie Salsotto den Initialeffekt nur für ein lokales Leiden. Guttheil, Cucca, Cozzolino besprachen den leichteren oder schlimmeren Verlauf der Syphilis je nach der gesunden oder kachektischen Konstitution, Regis den Zusammenhang der progressiven Paralyse mit Syphilis, und Ashby brachte interessante Beiträge zur Placentarsyphilis.

Unsere Kenntnisse des Syphilisbacillus wurden im letzten Jahre nicht gefördert, Texo wie Markuse fanden denselben in vielen Fällen nicht. Charakterisch für die Syphilistherapie war das Bestreben die Einreibungskur zu ersetzen; es traten viele Autoren hierfür ein und zwar mit den verschiedensten Quecksilberpräparaten. Bei der Behandlung der venerisch-kontagiösen Helkose warnt Ingra vor Applikation der Salicylsäure wegen der starken Reizung, und Smith empfiehlt zur raschen Reinigung ohne Reizung das Bismuthum subbenzoicum als Pulver aufgestreut.

Blennorrhöe. Aubert besprach die Bedeutung des schon fast ausnahmslos anerkannten Gonokokkus für die gerichtliche Medizin, und Schnurmanns-Steckhofen berichtete über die negativen Erfolge seiner Versuche, den Gonokokkus auf Rindsblut, Kaninchenblutserum und Hydroceleflüssigkeit zu züchten. Tommasoli wies auch im gesunden Präputialsack zahlreiche Eiterkokken, Streptokokkus und Staphylokokkus nach, was Finger von prinzipieller Wichtigkeit für seine Theorie über die Entstehung des weichen Schankers und dessen oft beobachtete autochtone Entstehung als Folge einfacher Eiterwirkung erklärt. — Pott berichtete über 86 Fälle von Vulvovaginitis kleiner Mädchen durch Zusammenschlafen mit ihren blennorrhagisch erkrankten Eltern.

Den wesentlichen Fortschritten in der Ätiologie der Blennorrhöe gegenüber blieb die Therapie derselben insofern zurück, als wir das Spezifikum gegen den Gonokokkus noch vermissen.

---

[28] Man wird bemerkt haben, daſs ich es bisher vermieden habe, auf die Beschreibung der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica zu verweisen, trotzdem zwischen den beiden Krankheitsgruppen zahlreiche Analogien bestehen, die auch dem Leser aufgefallen sein werden. Jedoch kam es mir vor allem daruf an, an der Hand bestimmter Fälle den klinischen Typus aufzubauen, und es wird jetzt jedem leicht sein, die Bezeichnungen festzustellen.

Digitized by Google

II. Dermatologie. Über das Epithelioma s. Molluscum contagiosum brachten Neissers sorgfältige Untersuchungen Klarheit. Dieses Molluscum ist eine Affektion epithelialen Charakters, die Epithelwucherung geht vom Rete des Follikelausführungsganges aus, und die neugebildeten Epithelzapfen dringen in und zwischen Acini, die sie kolbig erweitern. Veranlassung ist ein Parasit, eine den Gregarinen angehörige Coccidie, und Neisser acceptiert daher mit Bollinger die Bezeichnung Epithelioma contagiosum. — Bohn besprach die Immunität gegen Morbilli, die nur bei Kindern unter 6 Jahren vorhanden sei. — Ziem leugnet gleich Biondi die Spezifizität der Erysipelkokken und führt das Erysipel auf verschiedene septische Agenzien zurück. — Elsenberg fand die Angabe Unnas bestätigt, dafs die chronische Urticaria ein von Ödem der Haut begleitetes Mastzelleninfiltrat sei.

Die tuberkulöse Natur der Leichenwarze, welche schon von Vidal und Besnier angenommen, dann von andern Autoren klinisch und anatomisch nachgewiesen wurde, bestätigt auch Finger, wobei er namentlich die anatomische Gleichheit von Lupus verrucosus und der Leichenwarze hervorhebt. Steinthal brachte 2 Fälle, in deren einen durch direkte Einführung von Tuberkelvirus eine Leichenwarze, im andern bei einem Knaben Lupus entstand.

Unna stichelt die einzelnen Lupusknötchen und steckt in die kleinen Wunden feine Hölzchen mit Watteüberzug, der in Sublimat 1, Karbolsäure 4 und Alkohol 20 getaucht wird. Die Hölzchen bleiben 10 Minuten in den Schnitten, worauf die zurückbleibenden blutlosen Lücken mit derselben Flüssigkeit getränkt werden.

Eckart-Nürnberg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologisches.

Über Hydracetin, von Dr. P. Guttmann. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 20.) Das reine Hydracetin (Acetylphenylhydracin) bildet ein weifses, kristallinisches, geruchloses und fast geschmackloses Pulver. Es ist in Wasser schwer löslich, etwa im Verhältnis von 1 : 50, in Alkohol leicht löslich. Von den in dem Artikel angegebenen Wirkungen des Hydracetin hat für uns nur die Mitteilung Interesse, dafs G. dasselbe wegen seiner stark reduzierenden Eigenschaften bei Psoriasis in 2 Fällen mit günstigem Erfolge angewandt hat. In dem einen Falle war nach 7 Einreibungen einer 10 % Salbe (im Verlauf von 7 Tagen) die Psoriasis am Rücken geheilt. Auch im 2. Fall wurde sie danach geheilt, ohne dafs es, soweit die Beobachtung reicht, zu einem Recidiv gekommen wäre. *L. Hoffmann-Berlin.*

Hydrargyrum salicylicum ganz rein (ohne Rückstand von Quecksilberoxyd) zu bereiten, gibt J. Kranzfeld in der *Pharmac. Ztschr. f. Rufsland.* 1888. No. 27 an. (Vergl. Näheres *Pharm. Post.* 1889. No. 6. pag. 91.)

Pauly-Wiesbaden-Nervi.

Sublimatlösungen soll man gut verschlossen und in dunkeln Gläsern aufbewahren, wenn sie sich halten sollen. Auch Kochsalzzusatz vermag nach Victor Meyer nicht die Zersetzung aufzuheben. (*Pharm. Post.* 1889. No. 6.)

Pauly-Wiesbaden-Nervi.

Digitized by Google

Ein Verfahren zur **Jodoformdarstellung** im grofsen haben H. Sulliot und H. Raynaud (50 g Jodkalium, 6 g Aceton, 2 g Natriumhydrat in ca. 2 Liter kaltem Wasser gelöst, denen eine verdünnte Natriumhyperchloridlösung unter fortwährendem Umrühren eingetropft wird. Die Mutterlauge enthält Ätzkali und essigsaures Kalium). Näheres *Pharm. Post.* 1889. No. 6. *Pauly-Wiesbaden-Nervi.*

„**Kielhausers Speickseife**" (Speick, eine Algenpflanze) hat der rühmlichst bekannte Chemiker A. Gawalowski (Brünn) genau untersucht. Sie ist sehr trocken gehalten, kalt parfümiert (Ol. valer. celticae oder eine Achilleaart), eine Palmöl-Talg-Wollfett-Kernseife und — nur sehr teuer. *Pauly-Wiesbaden-Nervi.*

Über Resorption des metallischen Arsens. Metallisches Arsen wird, wie die von Paschkis und Obermayer (*Med. Jahrbücher der k. k. Wiener Ärztegesellschaft* 1888. pag. 117) an Hunden und Kaninchen angestellten Versuche ergaben, sowohl bei Injektionen von Ölemulsionen in das Unterhautzellgewebe als auch bei Applikation in Salbenform mit Lanolin resorbiert und kann im Harn, Fäces, Leber aufgefunden werden. In einzelnen Fällen gelang es den Verf., Arsen in Fäces und Harn bei der therapeutischen Anwendung als Salbe gegen Psoriasis nachzuweisen. (Nach *Pharm. Post.* 1889. No. 6.)

Zirkulationsstörungen.

Über die Behandlung der **Stomatitis mercurialis** und **scorbutica mit Sublimat**, von Prof. De Rensi. (*Il Morgagni.* Februar 1889.) Das Quecksilber verursacht nicht direkt die Stomatitis, modifiziert nur die Ernährung der Mundschleimhaut in der Weise, dafs sie leicht Entzündungsprozessen und Zersetzungen anheim fällt. Auf ähnlicher Basis beruht ja auch die Pneumonie der Säufer, welche nicht vom Alkohol selbst erzeugt wird, dieses macht vielmehr das Lungengewebe gegen die Angriffe der Pneumokokken widerstandsloser. Von diesen Erwägungen ausgehend, wendete Verf. öfters bei Stomatitis mercurialis das beste entzündungswidrige d. h. antiseptische Mittel, das Sublimat an und zwar in einer Lösung von 0,25 : 1000. Der Erfolg war in allen Fällen überraschend befriedigend. Nach höchstens 4 Tagen trat Heilung ein. *Fink-Hamburg.*

Einfache Entzündungen.

Die Behandlung der Verbrennungen durch Schwefelsäure, von Ribaud. (*Journ. de méd. de Paris.* 1888. No. 22. Nach *Centralbl. f. klin. Medizin.*) Die tiefgreifenden Veränderungen und Zerstörungen, welche die rohe Schwefelsäure auf der menschlichen Haut hervorruft, sind durch die lebhafte Begierde, mit welcher die Säure das Wasser anzieht, bedingt; es sind also die Brandwunden der Schwefelsäure keine Brandwunden im eigentlichen Sinne, vielmehr Deshydratationsprozesse. Die Behandlung frischer Schwefelsäureverbrennungen soll bezwecken, die Säure möglichst zu verdünnen und möglichst früh einzugreifen. R. wendet sich gegen die übliche Anwendung der Alkalien und Applikation von Ölen bei solchen Verbrennungen. Zwar neutralisiert die Anwendung der Magnesia die Säure, aber sie verbindet sich nicht rasch genug mit demjenigen Teile der Schwefelsäure, der in den Rinnen und

Digitized by Google

Spalten der Verletzung sich befindet; aufserdem führt die Magnesia der Schwefelsäure kein Wasser zu. Noch schädlicher ist die Behandlung mit Ölen, da ein Wärmegrad dadurch erzeugt wird, welcher der Siedehitze nahesteht. Am zweckmäfsigsten ist die Behandlung mit alkalischen Wässern; da aber dieselben nicht immer zeitig und reichlich genug vorhanden sind, so ist die Anwendung grofser Mengen frischen Wassers sofort nach dem Unfall das beste und am leichtesten zu beschaffende Mittel. Ein Finger, 2½ Minuten in reine Schwefelsäure gehalten und hinterher sofort mit Wasser reichlich abgespült, blieb ohne Brandwunde. Länger als 2½ Minuten darf man nicht vergehen lassen, um ohne Brandwunde zu bleiben.

Behandlung des Panaritiums, von Dr. Kappesser in Darmstadt. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 19.) Zur prophylaktischen resp. abortiven Behandlung des Panaritiums empfiehlt K. folgende Prozedur: Man läfst von einer Hand voll möglichst frischer Holzasche durch Überbrühen mit ¼ Liter kochendem Wasser in einem entsprechend schmalen und hohen Topf eine Lauge frisch bereiten und dahinein das erkrankte Glied, sobald die ersten Krankheitserscheinungen durch das charakteristische Klopfen u. s. w. sich bemerklich machen, einigemal, so heifs und so lange es ertragen werden kann, eintauchen und dasselbe dann mit einer von der Flüssigkeit warm getränkten Kompresse einhüllen. Letztere wird etwa stündlich erneuert; das Eintauchen wird, wenn es noch nötig sein sollte, nach 10—12 Stunden in der gleichen Weise wiederholt. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die **Morvansche Krankheit** (analgisches Panaritium). Unter diesem Namen wird jetzt eine sehr selten auftretende Krankheit beschrieben, von welcher überhaupt erst 21 Fälle seit Morvans 1883 erschienener Schilderung beschrieben worden sind. Insofern als ulceröse und nekrotische Prozesse, sowie trophische Störungen der Haut in fortschreitender Weise dabei vorkommen, kann es sehr wohl der Fall sein, dafs der Dermatologe hierbei um Rat gefragt wird, und aus diesem Grunde lassen wir den folgenden typischen Fall, den Ch. Monot und Reboul beobachtet haben, folgen. Bei einem 56jährigen Manne stellte sich Taubheit und Analgesie des rechten 5. Fingers, dann Schwäche der Flexoren und Extensoren der Finger und Atrophie der Muskulatur der rechten Hand ein. Nach einem Jahre trat auch Analgesie der linken Hand ein. Nach einigen weiteren Monaten Eiterung am rechten Mittelfinger und Nekrose der 2. Phalanx. Eine genauere Untersuchung stellte verbreitete Atrophien, Paresen und Anästhesien an beiden Händen und Füfsen fest, ferner trophische Störungen an Haut und Nägeln und eine Reihe anderweitiger Ulcerationen, so namentlich auch einmal perforant an beiden Füfsen. Das Kniephänomen war rechts normal, links abgeschwächt. Keine Ataxie, kein Rombergsches Schwanken, keine lancinierenden Schmerzen, keine Parese der Arm- und Beinmuskeln. Mehrere Amputationen wurden durch immer neu hinzutretende ulceröse und nekrotische Prozesse nötig. Die Anästhesie breitete sich allmählich auf Oberschenkel, Oberarm, Gesicht aus. Die Sehnenphänomene der Arme waren gesteigert, leichter Fufsklonus stellte sich ein. Arme und Beine bewegt Pat. noch kräftig. Arthropathien traten nicht auf. An den Beinen bestand ein stetes Kältegefühl. Oft traten lokalisierte Schweifse an Kopf und Nacken auf. — Die mikroskopische Untersuchung der Nerven der amputierten Finger ergab schwere parenchymatöse und interstitielle Neuritis. Vielleicht hat das Gewerbe der Befallenen — oft sind es Fischer — damit zu thun, wie die Verf. meinen. (*Arch. gén. de Méd.* 1888. Juli. Nach *Mendels Centralbl.* 1888. No. 19.)

Pauly-Wiesbaden-Nervi.

Digitized by Google

Über die Dermatitis herpetiformis Duhrings, von Dr. Dubreuilh. (*Journal de Médecine de Bordeaux.* 1888.) Da die *Monatshefte* den wichtigen Artikel von Brocq über dieselbe Krankheit in extenso wiedergegeben haben, der Verf. sich aber den Anschauungen desselben vollständig anschliefst, so wird eine kurze Wiedergabe des zum Gegenstand der Arbeit gemachten Falles genügen. Der Fall gehört zur ersten Form von Brocq, zur polymorphen, pruriginosen, chronischen Dermatitis oder zur chronischen Form der Dermatitis herpetiformis von Duhring.

Die 60jährige Kranke erscheint am 12. Juni 1888 beim Arzt wegen einer Hautaffektion, welche seit einigen Tagen sehr stark aufgetreten ist. Die Krankheit begann vor 2 Jahren mit einer kleinen runden schuppenden Plaque in der linken Hohlhand, dann traten unter heftigem Jucken rote Plaques schnell auf dem linken Vorderarm auf und befielen dann den ganzen Körper. Die runden erythematösen Plaques vergröfserten sich exzentrisch, bedeckten sich mit Bläschen, welche sich öffneten und mit Krusten bedeckten. Die Krankheit verschwand nur einmal vollständig, anfang des vergangenen Mai. Am 23. Mai erfolgte die jetzt bestehende Eruption, welche aufser Kopf und Händen den ganzen Körper bedeckt. Erythem in Form von scharf begrenzten, wenig erhabenen, runden Plaques — nadelkopfgrofse, mit klarer Flüssigkeit gefüllte Bläschen — ebensolche Blasen bis Bohnengröfse, welche teils platzen, teils eintrocknen. Die Eruption bedingt heftiges Jucken, wodurch der sonst gesunde Allgemeinzustand gestört wird. Nach einigen Tagen geht die Affektion zurück, um bald in stets neuen Schüben wieder zu erscheinen. Diese Remissionen und Exacerbationen wurden von Juni bis Oktober beobachtet, bis am 27. die Heilung so gut wie vollständig war. — Bemerkenswert ist noch eine gleichzeitig auftretende Nagelveränderung, besonders an den beiden grofsen Zehen. Der alte Nagel, der ganz glatt ist, wird plötzlich 7 Millimeter von der Nagelfalte durch eine Furche von dem neuen Nagel getrennt, der sehr dünn und ungleichmäfsig ist.

Fournier-Paris.

(Übersetzt von Dr. Philippson in Hamburg.)

Spezifische Entzündungen.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Krätze mit abnormem Verlauf, von Dr. Hecin. (*Thèse de Lille.* 1888.) Verf. beschreibt 28 Fälle, welche beweisen, dafs der Verlauf der Krätze abnorm sein kann in ihren objektiven und subjektiven Zeichen, in Hinsicht auf die Art der Milben und aus unbekannten Ursachen. 1. Äufsere Ursachen, wie Waschungen und sorgfältige Reinlichkeit, können die Entwickelung der Krätze an den gewöhnlichen Stellen verhindern. Bei reinlichen Leuten und in bessern Kreisen kann selbst bei alter Krätze sich der Ausschlag auf 4 oder 9 Papeln beschränken; die Milbengänge sind weifs und schwer zu entdecken. Die Lokalisation der Krankheit kann abnorm sein wegen äufserer Agenzien wie Feuchtigkeit und Staub. Die Arbeiter, welche wiederholt mit feuchten Stoffen in Berührung kommen oder sich häufig waschen, haben selten Eruptionen auf den Extremitäten. Ebenso Individuen, welche durch ihren Beruf die Hände in Wasser haben, wie die Wäscher, Badewärter etc., oder welche in Sand, Zement, Gips, Staub herumhantieren, wie die Maurer, Gipser, Stuckateure (Leloir). Diese Handwerker haben selten Milbengänge an den Händen, welche mit Stoffen in Berührung sind, die auf jene Gänge einwirken (Leloir). 2. Ist

Digitized by Google

die Krätze abnorm wegen der Natur der Krätzmilbe selbst. Gewisse Arten oder Varietäten von Sarkoptes sind befähigt auf der menschlichen Haut sich niederzulassen, sich zu vermehren und Krätze zu erzeugen: die Milben des Hundes, des Pferdes, der Katze etc. Leloir beobachtete einige derartige Fälle bei mehreren Stallknechten, welche in dem Spital für kranke Pferde der Tramways von Lille beschäftigt waren. Diese Arten von Krätze, auf den Menschen übertragen, heilen leicht, weil die Milbe, welche gewohnt ist oberflächlich zwischen den Haaren des Pferdes zu leben, sich schwer auf der menschlichen Haut vermehrt, auf der Oberfläche bleibt und selten Gänge macht. 3. Anomalien im Verlaufe der Krätze aus unbekannten Ursachen, wo nämlich jegliche Erkrankung fehlt; beim Manne an den Geschlechtsorganen, bei der Frau an den Brüsten. Leloir stellt hierfür die Hypothese auf, dafs dieses Fehlen jedes Krankheitszeichens abhängig sein könnte von dem Schweifse oder der eigentlichen Sekretion, welche sich bei gewissen Individuen manchmal findet. *Tavernier-Lille.*

Ekzem der Flachsspinner und -brecher, von Dr. Lefebore. (*Thèse de Lille.* 1888.) 1889 lenkte Leloir in den Annalen der Dermatologie die Aufmerksamkeit auf eine besondere Hautkrankheit bei Arbeitern: auf das Ekzem der Flachsspinner und -brecher. Die verschiedenen Formen dieser Erkrankung sind 1. Ekzema erythematoso-vesiculosum; 2. vesiculoso-pustulosum; 3. squamosum; 4. lichenosum; letzteres trifft man in 10 Fällen 9 mal. Die Affektion beginnt immer an der Palmarseite des Daumens und des Zeigefingers und bleibt hier manchmal lokalisiert. Am häufigsten schreitet sie weiter auf die übrigen Finger, auf die Hohlhand bis zur Beugefalte und bis zum Handgelenk. Bei Arbeitern in gewissen Spinnereien greift das Ekzem auch auf die Rückfläche der Finger und auf den Handrücken über (Leloir). Die Ursache dieser Krankheit liegt in folgenden beiden Hauptfaktoren: in dem fabrizierten Flachs und in dem Wasser, welches ihn von den fremden Bestandteilen reinigt. Die Spinner von Werg und von groben Fäden zeigen die ausgedehntesten Ekzeme (Leloir). Die Frage der Röstung ist ebenfalls ätiologisch wichtig. Der in stehenden Gewässern geröstete Flachs ist mit mehr Schmutzbestandteilen beladen als der in fliefsendem Wasser geröstete, und daher reizender für die Haut (Leloir). In das heifse Wasser der Tröge geworfen, läfst er den gröfsten Teil der fremden Stoffe zurück, welche sich aus seinen Stengeln durch Gärung in Milch- und Buttersäure umgewandelt haben (Leloir). Die übereinstimmende Analyse des Wassers, von Violette und von Morelle ausgeführt, konstatiert die Abwesenheit des kohlensauren Kalks, welcher mit der Butter- und Milchsäure verbunden sein soll, wodurch die Kohlensäure frei wird. Aufserdem konstatierte Leloir in diesem Wasser die Gegenwart 1. von in Gloea liegenden Mikrokokken und 2. von kurzen Stäbchen mit oszillatorischer Bewegung. Eine Kultur dieser Kokken auf die Hände von Patienten gelegt hat ein vollständig negatives Resultat ergeben. Der Einfluſs der Temperatur (30—40°) kommt noch zu der reizenden Eigenschaft des unreinen Wassers hinzu. Aber die wichtigste Krankheitsursache ist nach Leloir in der mehr oder weniger häufigen Erneuerung des Wassers zu suchen. In bestimmten Fabriken leert man das Wasser in den Trögen täglich, aufserdem erneuert ein schwacher Strom fortwährend den Inhalt. In diesen Spinnereien wie in denjenigen, wo man die Tröge wöchentlich leert, sind die Erkrankungen weniger häufig und ausgedehnt. Wo aber das Wasser 40, 90 und 99 Tage ohne Erneuerung gebraucht wird, da werden alle Arbeiter ohne Unterschied befallen. Diese Thatsachen beweisen den gröfseren Einfluſs des Wassers gegenüber dem des Flachses selbst. Übrigens bedarf es des letzteren garnicht zur Hervorbringung des Ekzems, denn Leloir macht mit Recht darauf aufmerksam, dafs dasselbe oft die Füfse der Arbeiter, besonders die Planta und die Malleolengegend befällt.

Digitized by Google

Die prophylaktische Behandlung ist rein hygieinisch: die Verwendung von gutem und gut geröstetem Flachse in den Fabriken. Für die einmal ausgebrochene Erkrankung schreibt Leloir vor: Kautschukhandschuhe, Einreibungen mit Glycerin-Amylum, Zinksalbe, Waschungen mit Glycerinwasser und in bestimmten Fällen mit adstringierenden Mitteln. *Tavernier-Lille.*

Psoriasis und Gelenkerkrankungen, von Bourdillon. (*Thèse de Paris.* 1888.) Unter Besniers Leitung hat Verf. 36 Fälle zusammengestellt, von denen 2 ihm von Leloir mitgeteilt sind. Aus diesen geht hervor, dafs bei bestimmten Psoriasiskranken sowohl Schmerzen vorkommen, die verschiedenen Sitz haben (Neuralgien, Muskelschmerzen), als auch Gelenkleiden. Diese Krankheitserscheinungen, gewöhnlich dem Rheumatismus zugeschrieben, sind nicht ein zufälliges Zusammentreffen, sondern stehen in inniger Beziehung zur Hautkrankheit. Die Reihenfolge ihres Erscheinens ist nicht konstant: in einer kleinen Zahl von Fällen waren die Gelenkaffektionen vor der Dermatose da, manchmal treten beide Krankheiten zu gleicher Zeit auf, am häufigsten geht aber die Psoriasis zeitlich voran. Die Schmerzen und die Gelenkerscheinungen treten häufig zusammen bei demselben Individuum auf, und es ist möglich, dafs sich später einmal die Nerven-, Muskel- und Gelenkschmerzen als eigentliche Gelenkleiden von verschiedener Intensität ausweisen werden. — Es gibt kein sicheres Zeichen der Psoriasis, welches das Auftreten von Gelenkaffektionen voraussehen läfst. Nichtsdestoweniger sind gewisse Charaktere in der Hartnäckigkeit des Verlaufs, in der Ausbreitung der Hautkrankheit sehr oft mit ihnen verbunden, und besonders häufig begegnet man einer Gruppe nervöser Erscheinungen bei dem Patienten oder seinen Nachkommen. Zieht man die ursächlichen Momente, die hereditären und persönlichen Verhältnisse in Betracht, so sprechen nicht genügende Gründe für die rheumatische Natur der Krankheit, es läfst sich dieselbe vielmehr den Gelenkaffektionen an die Seite stellen, welche nervösen Ursprungs sind, sei es peripher oder zentral. Diese Anschauung, obgleich rein theoretisch (Leloir hat niemals Nervenveränderungen bei Psoriasis nachweisen können), steht mit der heutzutage beliebten Ansicht von der Psoriasis als einer Trophoneurose in gutem Einklang. Die Therapie für die verschiedenen Formen der Schmerzen ist eine gute, für die Gelenkaffektionen dagegen viel weniger günstig.

Tavernier-Lille.

(Übersetzt von Dr. Philippson-Hamburg.)

---

b. *Cutiserkrankungen.*

Zur Ichthyolbehandlung des Erysipelas, von Dr. v. Brunn (Lippspringe). (*Therap. Monatsh.* No. 5.) An der Hand eines intensiven und extensiven Erysipelasprozesses kommt Verf. zu dem Resumé, bei jedem zirkumskripten Hauterysipel, mit Ausnahme desjenigen der behaarten Kopfhaut, das Ichthyolkollodium als eine sehr geeignete Applikationsform bestens zu empfehlen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Bacillen des Rhinoskleroms, von Dr. J. Melle. (Neapel 1888.) Verf. gibt die von ihm benutzte Färbungsmethode an: Die Schnitte werden zunächst in einer Lösung von Gentianaviolett 2, absolutem Alkohol 15 und destilliertem Wasser 100 ca. 15 Minuten lang liegen gelassen, dann ca. 8 Minuten in Lugolscher Lösung. Hierauf werden sie mit absolutem Alkohol entfärbt. Sie behalten dann freilich eine schwache violette Färbung, welche sie aber in 30—40 %iger Salpetersäure verlieren. Hierauf werden sie in eine wässerige Safranlösung gelegt, wo sie ca. 5 Minuten ver-

Digitized by Google

bleiben, kommen dann wieder, um die überflüssige Farbe zu verlieren, in Alkohol und werden schliefslich in Nelkenöl geklärt. Die violetten Bacillen heben sich dann von dem rötlichen Untergrund klar ab. *Fink-Hamburg.*

Chronische Infektionskrankkeiten.

a. *Tuberkulose.*

Dem früher von Frédéricq und Thompson beschriebenen **roten Streifen auf dem Zahnfleisch** an der Umschlagstelle auf den Zahnhals vindiziert G. Sticker neuerdings wiederum eine gröfsere Bedeutung in der Semiotik der latenten Phthise. Dieser scharfumschriebene tiefrote Saum sei in der Phthise fast ausnahmslos vorhanden und trete namentlich im Jünglingsalter und beim männlichen Geschlecht mit gröfster Regelmäfsigkeit auf; bei weiblichen Personen könne er dagegen sowohl in der Phthise häufig fehlen, als auch bei gesunden Individuen in der zweiten Hälfte der Gravidität und einige Zeit nach deren Ablauf vorhanden sein. Bei andern Gesunden und bei nicht phthisischen Kranken findet man ihn nur ausnahmsweise und nur im höheren Lebensalter. Verf. hat bei über 1000 Personen auf dieses Zeichen geachtet, und in mehreren Fällen ist er aus dessen Vorhandensein bei fehlenden Lungensymptomen auf die nachher richtig erwiesene Diagnose der beginnenden Schwindsucht hingeleitet worden. (*Münchn. Med. Wochenschr.*)

Philippi-Felsberg.

---

c. *Syphilis.*

Über Chinintherapie in einigen schweren Fällen von Syphilis, von Dymnicki. (*Gazeta Lekarska.* 1889. No. 19.) In einer grofsen Reihe von Syphilisfällen erzielte der Verf. glänzende Erfolge durch Kombinierung einer eingreifenden Inunktionskur (3,0—4,0 Ung. cinerei täglich) mit innerlicher Darreichung von Chinin (1,0—2,0 täglich). Es waren dies schwere Syphilisfälle, vorwiegend mit ulcerösen Prozessen an der Haut und im Rachen, mit Temperatur 38°—39° C., starkem Kräfteverfall, bedeutenden Schwankungen des Körpergewichts. Eine Inunktionskur allein hat in den meisten Fällen eine Verschlimmerung der lokalen und Allgemeinerscheinungen verursacht, die kombinierte Behandlung mit Inunktionen und Chinin bewirkte hingegen schon nach einigen Tagen einen Temperaturabfall, lokale und allgemeine Besserung, sowie — merkwürdigerweise — eine Heilung oder Verringerung der merkuriellen Stomatitis. (Nach Unterbrechung der Chininbehandlung im I., II., III., IV. Falle verschlimmerte sich der Allgemeinzustand, und Stomatitis kam wieder zum Vorschein.)

In 8 näher beschriebenen Fällen war eine Annahme des Körpergewichts um 11—15 Pfund notiert.

In Fällen von Syphilis ohne Temperatursteigerung, ohne bedeutende Schwankungen des Körpergewichts, war keine günstige Wirkung des Chinins zu konstatieren.

Funk-Warschau.

In der Sitzung der Soc. des sc. méd. zu Lyon vom 13. März 1889 stellt Désir de Fortunet (*Prov. méd.* 1889. No. 11) einen 20jährigen jungen Mann vor, dessen

Digitized by Google

Diagnose per exclusionem auf **Syphilis hereditaria** gestellt wird. Pat. sagt über seine Eltern aus, dafs sein 63jähriger Vater „stets gesund" wäre, die Mutter dagegen oft leidend sei und 7 Fehlgeburten gehabt hätte. Pat., schwächlich von Kindheit an, hat von seinem 4. Lebensjahre ab epileptische Anfälle. Er ist weder Trinker noch hat er sich luetisch infiziert. Er braucht seit Jahren Kalium bromatum. Jetzt hat er besonders an den Beinen einen Ausschlag seit nunmehr 3 Jahren.

Es sind kleine Akneknoten anfangs am Oberschenkel erschienen, die sich in Form von Plaques ausgebreitet haben, die mit mehr oder weniger dicken Krusten bedeckt waren. Jetzt sind beide Beine affiziert und zeigen zahlreiche Narben. Der Urin des Pat. zeigt kein Brom. (Und Albumen? Ref.)

F. schliefst lokale Tuberkulose, Krebs und acquirierte Syphilis aus. Auch die Beule von Aleppo kann es nicht sein, da der Pat. nie sein Departement verlassen hat.

Item bleibt nur Bromexanthem oder Syphilis heredit., aber der Ausschlag blieb auch nach dem Cessieren des Brom, auch sind Bromexantheme selten. Die 7 Aborte der Mutter, die Eruption zur Pubertätszeit, die Lokalisation an den Beinen, die Koexistenz der Epilepsie sind stringente Beweise.

Horand hält es auch für Syphilis heredit. wegen der Aborte der Mutter und der Epilepsie des Pat. *Pauly-Wiesbaden-Nervi.*

Akute Infektionskrankheiten.

Ein Beitrag zur Varicellenfrage, von Dr. Kluczenko. (*Österr. Sanitätsbeamte.* 1889. No. 2 u. 3.) Während in Deutschland eine solche Frage gar nicht mehr existiert, harrt dieselbe in Österreich noch immer ihrer Entscheidung, welche Verf. für dringend notwendig erachtet. Dank der Autorität Hebras gibt es in Österreich noch zahlreiche Ärzte, welche Varicella für eine mildere Form von Blattern halten und sich in ihrem praktischen Thun von dieser Meinung leiten lassen. So kommt es, dafs auch die Amtsärzte in verschiedener Weise den Varicellenepidemien gegenüber auftreten: in Niederösterreich, Salzburg, Tirol, Steiermark, Kärnthen und Mähren werden die Varicellen als eine besondere Krankheit angesehen und ausgewiesen, — in Krain, Dalmatien, Schlesien und Bukowina dagegen werden Varicellen der Variola zugezählt, und bei Varicellenepidemieen wird hier geimpft und revacciniert, — in Oberösterreich, Triest, Böhmen und Galizien wird die Beurteilung und Einreihung der Varicellen den Epimedieärzten überlassen.

Die eigenen Erfahrungen des Verf. (k. k. Bezirksarztes) haben ihn in der Ansicht bestärkt, dafs die Varicella für eine besondere, von Blattern gänzlich verschiedene Krankheit angesehen werden mufs. Er stellt daher zum Schlufs folgende Thesen auf:

1. Eine zuverlässige Statistik der Varicellen und der Blattern ist nur dann möglich, wenn alle Ärzte die Varicella für eine selbständige Krankheit ansehen.

2. Müfste in Ortschaften, wo keine Ärzte ansässig sind, um jeder Verwechselung auf Pocken vorzubeugen, jeder angezeigte Fall von Varicellen ärztlich untersucht werden.

3. Da die Impfgegner das häufige Auftreten der Varicellen als Beweis der Nutzlosigkeit der Impfung ausbeuten, so erscheint es schon deshalb notwendig, eine scharfe Scheidung zwischen Varicellen und Variola durchzuführen.

Digitized by Google

4. Bei Varicellenepimedien hat die Notimpfung und Revaccination zu unterbleiben, da dieselbe gar keinen Einfluſs auf die Eindämmung der Krankheit hat, und weil hierdurch nur das Publikum in der Würdigung des Nutzens der Impfung irre wird.

5. Varicellenkranke dürfen unter keiner Bedingung in Pockenspitäler gebracht werden. *L. Philippson-Hamburg.*

Über seine mit Rodet in Arloings Laboratorium unternommenen **experimentellen Untersuchungen über Scharlach** berichtet Perret. An Lapins, Ratten, Kälbern haben beide viele Kulturen aus dem Blut, Milch und Urin der Scharlachkranken geprüft; verschiedene Serien von Inokulationen haben auseinandergehende Resultate geliefert. Perret ist nicht Kleins Meinung der Übertragung der Scarlatina durch die Species Bos. Nur die Kulturen aus Urin auf Scharlachnieren geben bei den Inokulationen positive Resultate.

Giren sagt in der Diskussion, daſs er seit 50 Jahren Scharlach beobachtet und niemals Verbreitung durch Kühe beobachtet hat. Da die Scarlatina nicht eine virulente Krankheit, wie Variola oder Syphilis, ist, so glaubt G. nicht, daſs man eine Vaccine haben kann. (*Prov. méd.* 1889. No. 6.) *Pauly-Wiesbaden-Nervi.*

Sekretionsanomalien.

Chromsäurelösung gegen Fuſsschweiſs. Auf Grund der günstigen Erfolge, welche von privatärztlicher Seite mit Pinselungen von 5- bezw. 10 %iger Chromsäurelösung bei Fuſsschweiſsen erzielt sind, und bei der groſsen Wichtigkeit, welche der Heilung und Besserung von Fuſsschweiſsen auf die Marschfähigkeit eines Teiles der Mannschaften des Heeres zuzumessen ist, wurden ähnliche Versuche im Jahre 1888 durch die Medizinal-Abteilung des preuſsischen Kriegsministeriums angeordnet. Auf Grund dessen wurden seitdem mehr als 18000 an Fuſsschweiſsen leidende Mannschaften mit Chromsäurelösung behandelt, worüber in No. 5 der *D. militärärstlichen Zeitschr.* berichtet wird.

Die Applikation erfolgt am besten durch Auftragen einer 5 %igen Lösung mittels eines Haarpinsels; ein Fuſsbad hat vorauszugehen, und geschieht die Pinselung erst, nachdem der Fuſs ordentlich trocken gerieben ist. Nachdem die Säure sich vollständig mit dem Fuſs verbunden hat, wird derselbe bekleidet. Die Wirkung der Säure besteht zunächst darin, daſs die Haut trocken, derber und widerstandsfähiger wird. Die feuchten, vorher geröteten Hautstellen erhalten meist ein trockenes, glattes Aussehen. Regelmäſsig wird hervorgehoben, wie der so unangenehme, durch Zersetzung der Schweiſsflüssigkeit bedingte Geruch sehr bald nach Anwendung der Chromsäurelösungen verschwand. In vielen Fällen genügte bereits eine einmalige, in den meisten eine 2—3malige Bestreichung mit dem Mittel, um anhaltende Besserung oder auch Heilung des Leidens zu erzielen. In der Regel muſste, wo eine Wiederholung der Anwendung der Säure sich als notwendig herausstellte, dieselbe nach 8—14 Tagen vorgenommen werden, nachdem die gehärtete Oberhaut sich abgestoſsen hatte. Jede der ersten folgende Pinselung lieſs meist einen immer länger vorhaltenden Erfolg erkennen. Besonders aber muſs hervorgehoben werden, daſs sofort nach den Einpinselungen die Marschtüchtigkeit der mit Schweiſsfüſsen behafteten Leute bedeutend gebessert wurde. Ein Teil der behandelten Mannschaften soll die Marschleistungen der groſsen Herbstübungen nur durch die vorhergegangene Behandlung ihrer Schweiſs-

Digitized by Google

füfse mit Chromsäurelösungen ohne Störungen auszuhalten vermocht haben. Gewöhnlich sah man von dem Gebrauch der 10 %igen Säure keinen gröfseren Erfolg, wie von den schwächeren, 5 %igen Lösungen. Das Gesamtresultat stellte sich derart, dafs 42 % der Behandelten als geheilt, 50 % als gebessert, 8 % als ungeheilt anzusehen sind. Unbedeutende Nebenwirkungen (Wundwerden, Blasenbildung, Ekzeme etc.) zeigten sich in etwa 0,75 % der Fälle, meist nach dem Gebrauch stärkerer Lösungen.

Die Ergebnisse der Versuche werden l. c. folgendermafsen zusammengefafst:

1. Die Chromsäure ist nach den aus den Berichten hervorgehenden Ansichten des weitaus gröfsten Teils der Militärärzte das am schnellsten wirkende Mittel gegen Fufsschweifse oder den Salicylpräparaten mindestens gleichwertig. Ihre Anwendung vermochte in der That in geeigneten Fällen die Marschtüchtigkeit der an Schweifsfufs Leidenden bedeutend zu erhöhen.

2. Das Mittel ist leicht anzuwenden, es ist billig und das reinlichste Fufsschweifsheilmittel.

3. Es ist als unschädlich zu bezeichnen, wenn es in richtiger Menge und Stärke als Lösung des chemisch reinen Präparates zur Anwendung kommt. Es sollte stets mit den schwächeren Lösungen angefangen werden und erst, wenn diese versagen aber vertragen werden, zu den stärkeren übergegangen werden.

4. Die Anwendung der Chromsäure soll, soweit irgend möglich, durch die Ärzte selbst, bezw. unter steter ärztlicher Überwachung durch geübte Lazarettgehilfen vorgenommen werden.

5. An Schweifsfufs leidende Leute mit Wunden an den Füfsen sind erst nach Heilung der Wunden mit Chromsäurelösung zu behandeln.

6. Am zweckmäfsigsten erscheint es, das Einpinseln der Lösung auf die sauber gebadeten und dann gut getrockneten Füfse einige Zeit vor dem Schlafengehen der Mannschaften und die etwa erforderliche Wiederholung nach 8—14 Tagen vorzunehmen. (Nach *Münchn. Med. Wochenschr.* 1889. No. 21.)

Pathologie des Urogenital-Systems.

Zur Therapie des chronischen Blasenkatarrhs, von Dr. Ludwig Frey. (*Wiener med. Presse.* 1889. No. 20.) In der Einleitung sagt Frey, dafs die interne Behandlung nur bei den akuten Formen und den Blasenkatarrhen, welche als eine Mitaffektion andrer erkrankter Organe aufzufassen sind, zweckmäfsig sei; dagegen wäre bei jenen Blasenkatarrhen, deren ursächliche Momente in der Blase selbst lägen, die lokale Behandlung unbedingt die vorteilhafteste und dauernden Erfolg gewährende. Die jetzt zu Injektionen und Ausspülungen der Blase angewendete Karbolsäure und Sublimat seien aber durchaus keine indifferenten Mittel und bei nur etwas reizbarer Blase schmerzhaft; das Resorcin scheine nur die stürmischen Erscheinungen zu beeinflussen und nach Beseitigung derselben keine weitere Einwirkung zu haben; ebenso die Borsäure und das Amylnitrit.

Dagegen sei das Jodoform, das bisher in dieser Richtung noch nicht angewendet wurde, ein Antiseptikum, welches alle Vorteile und keine Nachteile besitze, wenig reizend und schmerzstillend, und bei allen Formen des Blasenkatarrhs, gleichviel welchen Ursprungs (durch Prostatahypertrophie, blennorrhoische Strikturen, Karzinome oder Tuberkulose der Blase etc.), geradezu überraschend wirke.

Nach mehrmaliger Durchspülung der Blase mit reinem etwas erwärmtem Wasser mittels eines Katheters oder auch ohne dieses durch die Urethra eingeführt, nimmt

Digitized by Google

Frey von folgender Emulsion Rp Jodoform 50,0, Glycerin 40,0, Aq. dest. 10,0, Gummi tragacanth. 0,25. D. S. einen Eßlöffel voll, gießt denselben in einen Liter laues Wasser, rührt gut um und macht damit jeden 3. Tag Einspritzungen in die Blase. In der Regel sei nach der 3. oder 4. Einspritzung die Besserung eine derartig wesentliche (der aashaft stinkende, rotzige Urin verliere schon nach der ersten Injektion diesen Geruch und werde klarer), daß man nur noch jede Woche einmal die Blasenreinigung vorzunehmen brauche, um endlich den Kranken zur vollständigen Heilung zu bringen

Eckart-Nürnberg.

Zur Therapie der Hydrocele, von Dr. v. Flamerdinghe. (*Therap. Monatsh* No. 1. 1889.) Nachdem mit Hilfe eines gut desinfizierten, mittelstarken, mit Hahn versehenen Troikart die Flüssigkeit unter langsamer Kompression der Geschwulst abgeflossen, wird der Hahn geschlossen und nun die Mündung einer mit Kokainlösung gefüllten größeren Pravazschen Spritze in die genau schließende Ausflußöffnung des Troikart eingefügt, der Hahn geöffnet und die Lösung eingespritzt. Die Konzentration der regelmäßig angewandten Lösung beträgt 4 : 100, während die eingeführte Menge je nach der Größe des Hydrocelensackes abgestuft werden muß, gewöhnlich genügen 2,5 g = 0,1 Kokain. Hat man nun durch leichtes Kneten die Flüssigkeit möglichst gut verteilt, so läßt man nach 1—2 Minuten den Überschuß abfließen und schließt sofort die Injektion reiner Jodtinktur an, die überraschend gut dann vertragen wird. *L. Hoffmann-Berlin.*

Henry Power (*Ophth. Review.* Dezbr. 1887) bespricht die **Beziehungen der Augenerkrankungen zu gewissen Normal- und pathol. Zuständen der Sexualorgane.** Bei Männern erwähnt er besonders, daß Exzesse in Venere, besonders aber Masturbation, zu Photopsien, Mouches volantes, muskulärer Asthenopie, chron. Konjunktivitis (?? Ref.), Blepharospasmus, seltener Amblyopie oder Akkomadationsschwäche führe. *Pauly-Wiesbaden-Nervi.*

Über **Cystinurie,** von M. Stadthagen und L. Brieger. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 16.) Die Verf. suchen nachzuweisen, daß das Wesen der Cystinurie in einer besondern Form einer Darmmykose begründet sei und daß demnach die Cystinurie aus dem nebelhaften Rahmen einer Konstitutionsanomalie heraustritt und sich dem großen Heere der Infektionskrankheiten einreiht. Die Baumannsche Entdeckung von dem zeitweisen Vorkommen von Ptomainen im Laufe der Cystinurie gaben Verf. Anlaß, an 2 Patienten sich mit diesem Gegenstande zu befassen und konnten sie in beiden Fällen die Gegenwart von Pentamethylendiamin im Urin nachweisen. Ob aber die Diaminurie auch hier nur eine periodische war, wie bei dem Baumannschen Falle, wird nur eine längere Beobachtung ergeben können. Ob der Urin alkalisch oder sauer reagiert und Eitermassen enthält, kommt nicht in Betracht, da in dem zweiten beobachteten Falle keine Eitermassen vorhanden waren, und die Reaktion eine saure war. Die Cystinsteine (solche konnten nur von Hunden aufgetrieben werden) enthalten keine Diamine. Die Entstehung dieser Steine läßt sich nun so erklären: Sind die Diamine im Darm zugegen, so wird das Cystin als Säure sich damit paaren. Tritt nun dieses Salz in das saure Harnwasser über, so erfährt es eine Umsetzung, wobei das in Wasser unlösliche Cystin, welches an und für sich schon mechanisch reizend wirkt, ausfällt. Die Diamine aber werden ihrer reizenden Eigenschaften wegen die Harnwege in Entzündung versetzen; daher die bei jedem Cystinuriker über kurz oder lang sich einstellende Cystitis. Das unlösliche Cystin fügt sich infolge seines ausgesprochenen Kristallisationsvermögens sehr leicht anein-

Digitized by Google

ander daher die Steinbildung. Therapeutisch dürfte eine gründliche Desinfektion der Darmwege am ehesten zum Schwinden der Cystinausscheidung beitragen

L. Hoffmann-Berlin.

Aus der Praxis.

(No. 9.) Die Behandlung des Ekzems mit Resorcinumschlägen.

Vortrag, gehalten von Dr. P. G. Unna, mitgeteilt von Dr. Clasen.

Wer heute eine neue Art der Ekzembehandlung in Vorschlag bringt, mufs seinen Standpunkt in betreff des Ekzembegriffes darlegen. Denn nie seit F. Hebras Zeit hat der Begriff des Ekzems einen solchen Umschwung erfahren wie eben jetzt. Während man bis in die neueste Zeit unter Ekzem die verschiedensten oberflächlichen Hautentzündungen zusammenwarf und demgemäfs solche Ekzeme unterschied, welche durch innere Vorgänge, und solche, welche durch äufsere Schädlichkeiten verursacht würden, ist es in neuester Zeit immer klarer geworden, dafs wir bei den meisten Ekzemen parasitären Leiden gegenüberstehen. Die genaue klinische Beobachtung hat, den bakteriologischen Züchtungsexperimenten vorgreifend, bereits eine Reihe von durchaus verschiedenen Ekzemtypen unterschieden. Es ist die Zeit zu erwarten und wohl nicht sehr fern, wo wir für jeden solchen klinisch gut umgrenzten Typus eine eigene Art von Hautparasiten kennen werden. Es ist klar, dafs bei diesem Stande der Dinge einerseits alle chemisch bedingten Hautreizungen aus dem Gebiet der Ekzeme in das der oberflächlichen Dermatitiden versetzt werden müssen und dafs anderseits die beliebte Art der Ekzemdiagnostik nach Stadien und Körpergegenden ein für alle mal der pathognostisch höherstehenden nach einer bestimmten Ekzemspezies weichen mufs.

Der Begriff des Ekzems wird sich nach unserer Ansicht in Zukunft lediglich mit dem des parasitären Hautkatarrhs zu decken haben, mit Anschlufs aller künstlich, physikalisch oder chemisch erzeugten Dermatitiden. Damit ist aber auch endlich die Möglichkeit gegeben, die nach Stadien und Körpergegenden so verschiedene bisherige Therapie zu vereinfachen. Denn wenn sich wirklich Ekzemtypen als ätiologische Einheiten aufstellen lassen, so mufs die Behandlung für je einen Typus auch eine kausale und dann sehr vereinfachte werden. Ohne Rücksicht auf Stadium und Körperregion werden wir jeden Ekzemtypus mit dem ihm zukommenden Mittel behandeln können, vorausgesetzt, dafs letzteres ein Spezifikum für diesen Typus vorstellt.

Nun, meine Herren, ein solcher Typus, und hier in Hamburg der verbreitetste von allen, ist der des seborrhoischen Ekzems, dessen ungemeine Vielgestaltigkeit ich im vorigen Jahrgange der *Monatshefte f. prakt. Dermatologie* eingehend geschildert habe. Ich erinnere hier nur an das eine Resultat von fundamentaler Bedeutung, dafs die gewöhnliche Pityriasis capitis bereits eine Form des Hautkatarrhs ist, welche durch den noch unbekannten Parasiten des seborrhoischen Ekzems erzeugt wird. Alle „Seborrhoiker“ — und das sind u. a. alle mit Pityriasis capitis behafteten Menschen — neigen dazu, vom seborrhoischen Ekzem an jeder beliebigen Hautstelle befallen zu werden, wenn dieselbe irgend einem Reize, einer Blutwallung ausgesetzt ist. Bei der ungemein grofsen Verbreitung gerade des seborrhoischen Ekzems kann man wohl sagen, dafs das parasitäre, auf so vielen Kopfhäuten schlummernde Element

Digitized by Google

desselben ätiologisch an die Stelle zu treten hat für den „arthritisme“ der älteren Franzosen, den „gout“ der Engländer, die lediglich physikalisch oder chemisch wirkenden äufsern Ursachen des Ekzems der Wiener Schule.

Ich habe wiederholt darauf hingewiesen, dafs uns nun in der That zur Bekämpfung des seborrhoischen Ekzems in allen seinen Formen eine Reihe von spezifischen Mitteln zu Gebote stehen: Schwefel, Resorcin, Chrysarobin, Pyrogallol. Mit jedem dieser Mittel — und das erhebt sie zu Specificis — kann man bei geeigneter Wahl der Form die Behandlung dieses Ekzemtypus mehr oder minder glatt zu gutem Ende führen.

Unter den genannten Mitteln ist nun eins, das Resorcin, welches von allen am wenigsten örtliche und allgemeine Nebenwirkungen besitzt, die unter Umständen Kontraindikationen abgeben könnten. Es verdient daher von allen am meisten Beachtung. Ich kenne, bis auf die seltene Resorcinidiosynkrasie, eigentlich kein Stadium, keine Körpergegend, keine individuelle Hautbeschaffenheit, kein Alter, keine Komplikation des seborrhoischen Ekzems, welche sich nicht mit der erfolgreichen Anwendung des Resorcins in irgend einer Form (Spiritus, Wasser, Salbe, Salbenmull, Paste, Pflastermull, Seife, Puder) vertrüge. Unter diesen Formen ist wiederum eine, auf welche ich heute Ihre Aufmerksamkeit in besonderem Grade lenken möchte, es ist die Form der Dunstumschläge. Sie vereinigt Intensität der Wirkung und Sicherheit des Erfolges mit ungemeiner Einfachheit und Anwendungsfähigkeit. Eine ein- bis zweiprozentige Lösung des Resorcins genügt für die meisten Fälle. Ich verschreibe gewöhnlich:

Resorcini
Glycerini ā 10,0
Spiritus 180,0
M. S. mit 4 Teilen Wasser (oder Kamillenthee) zu verdünnen.

Bei ärmeren Leuten verschreibt man 10 bis 20 g Resorcin und läfst dasselbe in einem Liter Wasser lösen. Der geringe Glycerinzusatz wirkt der Eintrockung des Verbandes entgegen.

Im allgemeinen wird der Verband so hergestellt, dafs eine dünne Wattelage (bei stark nässendem Ekzem noch mit einer Mullunterlage) mit der Lösung gut angefeuchtet appliziert, sodann mit wasserdichtem Material (Guttapercha-, Pergament-, Ölpapier) bedeckt und mittels einer Mullbinde oder sonstigen Bandage befestigt wird.

Diese Form kommt hauptsächlich in Betracht an Armen und Beinen bei Erwachsenen und auch am Kopf und Rumpf von Kindern. Eine ganze Reihe einfacher Modifikationen für bestimmte Regionen kann dieser Verband annehmen. So ist es z. B. ganz praktisch, bei einzelnen Ekzemflecken an den Händen und Fingern dünne Zwirnhandschuhe tragen zu lassen, die nach dem Anziehen von aufsen an den betreffenden Stellen mit Resorcin angefeuchtet werden. Ein zweiter wasserdichter Handschuh oder eine Einwickelung der ganzen Hände in wasserdichtes Zeug vollendet den Verband. In ähnlicher Weise kann man Strümpfe, Stücke von Ärmeln und Unterhosen als Feuchtigkeit kaltende Unterlage benutzen, wo die Ekzemflecke an Füfsen, Armen und Beinen sitzen. Für kleine Ekzemstellen am Rumpfe und allen übrigen Körperteilen benutze ich als eine zugleich wasserdichte und selbständig klebende und dabei niemals reizende Überlage den Beiersdorfschen Heftpflastermull. Man bedeckt den Ekzemfleck mit einem gut mit der Resorcinlösung angefeuchteten Wattefläumchen und dieses wieder mittels eines Stückes Heftpflastermull, der 1 Finger breit die Wattekompresse überragt. Besonders wenn man solchen Verband noch überleimt und wattiert, kann man ihn Tage lang mit ausgezeichnetem Erfolg sitzen lassen.

Digitized by Google

Auch an Gesicht, Ohren, Genitalien, Händen kann man mittels des Heftpflastermulls und der angefeuchteten Watte Masken, wasserdichte Handschuhe etc. improvisieren. Letzteres beispielsweise so, dafs man die mit feuchter Watte bedeckte Hand auf ein mehr als doppelt so grofses Stück Heftpflastermull legt und dieses über der Hand zusammenschlägt, dafs so die Ränder aufeinander kleben. Solche wasserdichten Handschuhe kann man viele Nächte nacheinander tragen lassen.

Aus der Notwendigkeit eines Verbandes geht schon hervor, dafs die Methode der Resorcinumschläge hauptsächlich dort praktisch ist, wo man die Behandlung längere Zeit permanent oder wenigstens die Nächte durchführen kann. Dann ist jede Hautstelle dafür geeignet, an welcher ein Verband leicht und sicher haltend anzulegen ist. Unmöglich ist es bei universellen Ekzemen Erwachsener, nicht der Säuglinge. Einen besonderen Vorteil erzielt man bei seiner Anwendung, nämlich die Aufquellung der Hornschicht. Durch die letztere heilen alle schmerzhaften Einrisse und Rhagaden, wie sie besonders an den Fingern und Ohren vorkommen, in einer Nacht. Dieselbe Quellung der Hornschicht durch den impermeablen Verband bedingt aber auch eine Vorsicht. Man mufs bei Abnahme desselben die Hornschicht einfetten und Seifenwaschungen meiden, um nicht die abwechselnd frei getragene Haut durch Eintrockung erst recht spröde werden zu lassen. Hierzu empfehle ich vor allem die Salbenstifte[1], da die Dunstumschläge ja doch meistens an umschriebenen und häufig an unbedeckten Körperstellen (Hände, Gesicht) angewandt werden.

Nach diesen Andeutungen würde beispielsweise das Handekzem einer Köchin, welches durch die obligate Pityriasis capitis, vielleicht noch durch ein seborrhoisches Ekzem des Sternum oder eine seborrhoische Rosacea faciei, abgesehen von den objektiven Charakteren seine seborrhoische Natur offenbart, folgendermafsen zu behandeln sein. Bei Nacht werden Resorcindunstumschläge getragen (eventuell in Form feuchter Handschuhe), nachdem die Hände mit heifsem Wasser und Seife gereinigt sind. Morgens findet keine Waschung der Hände statt, dagegen werden die vom Verbande befreiten ekzematösen Stellen sofort mittels eines Zinkoxydsalbenstiftes oder eines Zinkquecksilberoxydsalbenstiftes eingerieben. Tags über erfolgt eine ähnliche Einreibung vor und nach jedem Geschirrwaschen und nachts wieder der Resorcindunstumschlag. Der Rat, die Hände nur in warmes Wasser zu bringen, eventuell die überfettete Grundseife als Waschmittel zu benutzen, vervollständigen die Pflege der Hände. Natürlich ist ein Recidiv des geheilten Ekzems nur sicher zu vermeiden, wenn inzwischen die übrigen seborrhoischen Hautkatarrhe, welche den Ausgangspunkt bildeten, geheilt werden.

Der Grund, weshalb die Dunstumschläge mit so schwacher Resorcinlösung bedeutende Heilerfolge auszuüben im stande sind, liegt hauptsächlich in der durch sie gesetzten Veränderung der Resorptionsbedingungen der Haut. Unter der wasserdichten Bedeckung quillt, wie bei den Pflastermullen, die Hornschicht auf, wird im selben Mafse weniger zugängig für das Hautfett und somit durchlässiger. Während aber in den Pflastermullen das Medikament trocken auf die Haut gebracht wird und die obersten Hornschichten trocken bleiben, quellen gerade diese bei den Dunstumschlägen am meisten. Abgesehen von der somit stärkeren Resorption des spezifischen Heilmittels scheint die permanente wasserdichte Bedeckung an und für sich einen beruhigenden, anämisierenden Einfluſs auf die entzündete Haut auszuüben.

Nur, wo eine Resorcinidiosynkrasie herrscht, mufs man bei den ersten Anzeichen derselben die Theraphie ganz aussetzen und lediglich stark einpudern lassen. Alsdann beginnt die Haut zu schmerzen und anzuschwellen. Setzt man die Therapie noch

[1] Zu beziehen von E. Dieterich in Helfenberg.

Digitized by Google

fort, so schiefsen oberflächliche, aber grofse Blasen auf, welche Brandblasen ähnlich sehen, und das Ödem kann von der Applikationsstelle aus den ganzen Körper überziehen. Glücklicherweise kommt das nur sehr selten vor. Unter etwa 2000 seit 5 Jahren mit Resorcin behandelten Fällen habe ich noch nicht zehnmal diese Idiosynkrasie angetroffen.

Sodann sind nicht geeignet für diese einfache Therapie jene Fälle, in denen durch langen Bestand äufserst stark infiltrierte oder mit dicken Hornschwarten bedeckte Ekzemflecke vorkommen, da wir hier rascher zum Ziele führende Methoden besitzen.

Wenn ich vor fünf Jahren (s. Ichthyol und Resorcin. *Dermat. Studien.* I. Reihe 2. Heft) bereits darauf hinwies, dafs das Resorcin, dessen Einführung wir Justus Andeer verdanken, wahrscheinlich ein Hauptheilmittel in der Dermatologie zu werden verspräche, so ist diese Voraussage vollkommen eingetroffen. Jedem, der seine Eigenschaften an der Haut studiert, wird es unentbehrlich.

Versammlungen.

Der erste Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft tagte vom 10. bis 12. Juni in Prag und verhandelte ein reiches und interessantes Material. Im folgenden geben wir die Liste der Vorträge (nach der *Prag. med. Wochenschr.*):

1. Sitzung.

Eröffnungsrede des Prof. Pick (Prag) und Begrüfsung der Kongrefsmitglieder durch die Professoren Ullmann und Hofmeister.

Herr Arning (Hamburg): Mitteilungen über Lepra mit Demonstration von Gipsabgüssen.

Herr Petersen (St. Petersburg): Demonstration von Photographien von Leprakranken.

Herr Neisser (Breslau): Über die Struktur der Lepra- und Tuberkelbacillen mit spezieller Berücksichtigung der Rosanilin- und Pararosanilinfarbstoffe.

Derselbe: Über Leprazellen.

Herr Kaposi (Wien): Bemerkungen über die jüngste Zosterepidemie.

Herr Ries (Ulm): Über das Epidermophyton mit Demonstration mikroskopischer Präparate.

Herr Behrend (Berlin): Demonstration von Haaren bei Alopecia areata.

Herr Michelson (Königsberg): Über Trichofollikulitisbakterien.

2. Sitzung.

Herr Jadassohn: Demonstration von Kulturen von Favuspilzen.

Herr Kiel (Prag): Über Favuspilze.

Herr von Zeissl (Wien): Über die Lymphgefäfse der männlichen Genitalien.

Herr Chiari (Prag): Weitere Beiträge zur Lehre von der Orchitis variolosa.

Herr Herxheimer (Frankfurt am Main) spricht über eigentümliche spiralige Fasern zwischen den Zellen der Stachelschicht der Epidermis des Menschen.

Herr Lassar (Berlin): Klinische Wachspräparate.

Digitized by Google

3. Sitzung.

Herr Kaposi (Wien): Vorstellung eines Kranken mit Lepra anaesthetica neben Lues.

Herr Neumann (Wien): Über die klinischen und histologischen Veränderungen der erkrankten Vaginalschleimhaut.

Herr Neisser (Breslau): Bedeutung der Gonokokken für Diagnose und Therapie.

Herr Steinschneider: Vulvovaginitis gonorrhoica.

Herren Steinschneider und Galewski: Diplokokken der männlichen Urethra.

Herr Jadassohn: Über die Diagnose der Urethritis posterior.

Herr Finger (Wien): Über das Repurgieren von Eiter der Pars posterior in die Blase mit Demonstration.

Herr Jacobi (Breslau): Über die gonorrhoische Vulvitis der Prostituierten.

Herr Klotz (New-York): Zur endoskopischen Behandlung der chronischen Gonorrhöe.

Herr Grünfeld (Wien): Endoskopische Befunde nach Tripperinjektionen.

4. Sitzung.

Herr Friedheim (Leipzig): Behandlung der akuten Gonorrhöe.

Herr Blaschko (Berlin): Über den Verhornungsprozefs.

Herr Lazansky (Prag): Zur Keratohyalinfrage.

Herr Joseph (Berlin): Über akutes umschriebenes Ödem der Haut und paroxysmale Hämoglobinurie.

5. Sitzung.

Dieselbe war beinahe vollständig von Krankenvorstellungen ausgefüllt. Es wurden vorgestellt: ein Fall mit multiplen lupösen Knoten, zwei Fälle von Melanosis lenticularis progressiva, ein Fall von Urticaria perstans pigmentosa, ein Fall von Mykosis fungoides. Prof. Pick berichtet über einen Fall von durch beiderseitige Sulpingo-Oophorektomie geheilten Fall von menstrueller Urticaria. Aufserdem sprach Pick: Über Ekzembehandlung.

Herr Veiel (Kannstadt): Über Mykosis fungoides.

Herr Caspary (Königsberg): Über Anfangszeichen der hereditären Syphilis.

6. Sitzung.

Herr Glück (Lenica): Über die volkstümliche Behandlung der Syphilis in Bosnien und in der Herzegowina.

Herr Zeising (Breslau): Über toxische Dosen verschiedener Quecksilberpräparate.

Herr Lesser (Leipzig): Über Nebenwirkungen bei Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate.

Herr Kaposi: Über einen Fall von akuter letaler Quecksilbervergiftung durch subkutane Injektion von Oleum cinereum.

Herr Winternitz (Prag): Über die quantitative Quecksilberbestimmung.

Die Schlufsreden hielten Prof. Lipp und Prof. Pick.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 2. 15. Juli 1889.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Flora dermatologica.

herausgegeben von

Von

P. G. Unna.

(Fortsetzung.)

Bacillen, Kokken und Hefeformen,

bearbeitet von

P. Tommasoli.

Aus dem ersten Dutzend der genauer untersuchten Fälle von Ekzema seborrhoicum hatte Herr Dr. Unna zusammen mit Herrn Dr. Tänzer neben einer grofsen Reihe von Hyphomyceten auch mehrere Arten von Bacillen, Kokken und Saccharomyceten rein gezüchtet, deren eingehendere Bearbeitung ich übernommen habe. —

Im folgenden werde ich zunächst 6 Bacillen, 10 Kokken und 6 Hefearten beschreiben, welche in jenen Hautschuppen enthalten waren. Einige Kulturen waren im Laufe der Zeit abgestorben, andere, wie die pyoforen Staphylokokken sind zu bekannt, um sie an dieser Stelle noch einmal genauer zu beschreiben. Ich will nur erwähnen, dafs nach Erfahrung von Dr. Unna besonders der weifse Staphylokokkus ungemein häufig in Hautschuppen verschiedenster Herkunft getroffen wird, auch wo durchaus keine Eiterung vorhanden ist. Etwas seltener trifft man den Staphylokokkus pyogenes aureus, viel seltener den citreus. Übrigens scheint der letztere für die Haut eine ganz eigene pathofore Bedeutung zu besitzen. Auch die pyoforen Streptokokken übergehen wir hier aus dem nämlichen Grunde.

Von den obigen Pilzarten betrachte ich als bisher noch nicht oder doch wenigstens nicht genügend beschrieben: 6 Bacillen, 3 Kokken- und 4 Hefen. Es sind die folgenden:

Digitized by Google

1. Bacillus liquefaciens fluorescens minutissimus
2. Bacillus aureus
3. „ spiniferus
4. „ albicans pateriformis
5. „ ovatus minutissimus
6. Ascobacillus citreus
7. Diplococcus citreus liquefaciens
8. „ liquefaciens tardus
9. „ albicans tardus
10. Saccharomyces fulvus
11. „ albus villosus
12. „ reticulosus
13. „ multiformis.

Die übrigen, welche bereits von Flügge, Eisenberg, Bumm, Passet u. a. beschrieben sind, habe ich hauptsächlich der Differentialdiagnose wegen der folgenden tabellarischen Übersicht einverleibt.

COLUMBIA JUN 5 1897 LIBRARY

Auf Grund der in diesen Tabellen von mir gegebenen genauen Beschreibungen wird jeder Leser im stande sein, die differentielle Diagnose zu stellen zwischen den nunmehr bekannten, hier beschriebenen und neuen Mikroorganismen, welche ihm eventuell bei Untersuchung der Haut begegnen. Ebenso liegt in den Tabellen der Beweis, dafs die von mir angeführten 13 Mikroorganismen wirklich als neue Arten anzusehen sind. Immerhin wird es am Platze sein, auf einige Punkte der Differentialdiagnose noch mit einigen Worten besonders hinzuweisen.

Was die Bacillen betrifft, so sind mein Bacillus ovatus minutissimus und Bacillus albicans pateriformis sehr ähnlich den folgenden, bereits bekannten Bacillen: Bacillus pyogenes foetidus Passet, Bacillus sykosiferus foetidus Tommasoli, Bacillus parvus ovatus Löffler. Allein es bestehen auch unverkennbare Unterschiede, besonders in der Gröfse der Bacillen. Der Bacillus ovatus minutissimus ist nur ca. halb so grofs als die drei genannten Organismen, der Bacillus albicans pateriformis dagegen wiederum 2—3mal gröfser als dieselben. Der Bacillus liquefaciens fluorescens minutissimus ist nur halb so grofs wie der bekannte Bacillus liquefaciens fluorescens. Auch färbt er die Gelatine in der Umgebung nicht so grün wie dieser. Die übrigen drei neuen Bacillen dürften nicht leicht zu Verwechselungen Anlafs geben.

Unter jenen Kokken, welche die Gelatine nicht verflüssigen, befinden sich 2 Formen: Diplococcus albicans tardus Tommasoli und Diplococcus albicans tardissimus Bumm, welche, wenn auch morphologisch ähnlich, doch durch ihre Wachstumsgeschwindigkeit sich bei wiederholter Züchtung unter sonst gleichen Bedingungen als verschieden erwiesen haben. Sicherlich stehen sie sich sehr nahe. (Fortsetzung S. 61.)

Digitized by Google

Nummer	Name Entdecker Litteratur	Verhalten zu Gelatine	Farbe des Rasens	Fruktifikationsorgane	Form und Größe	Anordnung	Wachstum in Gelatine: auf Platten	Wachstum in Gelatine: in Stichkulturen	Wachstum auf Agar-Agar	Temperaturverhältnis	Untersuchungsmethoden
1	Saccharomyces rosaceus (Rosahefe)	nicht verflüssigend	Rosafarben	Kein Mycel. Die Fortentwickelg. der sporenartigen Gebilde geschieht durch Sprossung zu Sporenketten (Sprofsverbände)	Zellenkugelig od. meist oval, 1,5—3 μ lang bis 2 μ breit. Sie zeigen eine farblose dünne Membran u. körniges, unregelmäfsig gefärbtes Protoplasma	Meist einzeln oder in Haufen parallel zueinander gelagert	Oberflächliche, glänzende, schleimige, rosagefärbte Kolonien, die sich ziemlich rasch entwickeln. Bei schwacher Vergrößerung rundliche oder ovale, braun-gelbliche, granulierte, konvexe Scheiben, mit unregelmäfsig fein gezacktem Kontur	Nach 8 Tagen hat sich auf der Oberfläche ein rundlicher, sinuöser, glatter, scharf begrenzter, mattglänzender, wachstropfenähnlicher Belag gebildet, der 2—4 mm breit und rosarot ist. Nach 4 Wochen ist der Belag matt, trocken, bucklig mit erhabenen Rändern und nimmt $^3/_4$ der Oberfläche ein. Längs des Impfstichs sieht man eine Reihe von kleinen Pünktchen von ähnlicher Farbe	Entwickelt sich langsam; ein unregelmäfsiger, schleimig, dünner, rosafarbener Rasen.	Wächst sehr gut bei Zimmertemperatur	Färbt sich gut mit wässerigen Anilinfarbstoffen
2	S. albus (Weifse Hefe)	nicht verflüssigend	Weifs	Wie No. 1	Meist kugelige oder rundliche oder selten auch ovale Zellen. Größe 1,5—3 μ	Zu Haufen, in deren Zentrum die größeren Zellen sitzen, oder einzeln, od. auch zu kurzen verzweigten Ketten angeordnet	Nach 6 Tagen sieht man weifslichte Punkte, von denen die oberflächlichen doppelt so grofs sind als die tiefen. Bei schwacher Vergrößerung: die oberfl. erbsengrofs und mehr, bieten einen graugelblichen Rand und ein dunkleres Zentrum dar; sind granuliert und konvex. Die Tiefen sind entweder rund, und dann ist das Zentrum dunkler und der Rand heller und granuliert, oder oval und dann sehr dunkel und scharf. Bei starker Vergrößerung sieht man dicht aneinander gelagerte Zellen, die eine Art Schale bilden.	Belag weifslich, dick, scharf begrenzt, mattglänzend, üppig, rundlich, welcher nach 4 Wochen nur wenig verändert ist und sich buckelförmig, gekerbt gestaltet hat. Im Impfstich eine Reihe von mehreren kleinen, weifslichen, sich berührenden aber nicht konfluierenden Kügelchen	Wie No. 1, nur die Farbe ist weifs	Wie No. 1. ziemlich langsam	Wie No. 1.
3	S. fulvus (Gelbe Hefe)	Wie No. 2, nur 1. die Zellen sind im allgemeinen alle gleichförmig klein (ca. 1,5 μ), und die größeren Formen (2 μ) sind ganz selten 2. In Gelatine ist die Farbe des Rasens zuerst milchweifs und später strohgelblich, während sie in No. 2 immer weifs bleibt.									

Digitized by Google

Nummer	Name Entdecker Literatur	Verhalten zu Gelatine	Farbe des Rasens	Fruktifikationsorgane	Form und Größe	Anordnung	Wachstum in Gelatine: auf Platten	Wachstum in Gelatine: in Stichkulturen	Wachstum auf Agar-Agar	Temperaturverhältnis	Untersuchungsmethoden
4	S. albus villosus	Wie No. 2.	Weifs	Die größeren ellyptischen Zellen besitzen meist an dem einen Ende eine rundliche Tochterzelle, 1,5 μ grofs	Zellen, ellyptisch oder oval; die größeren sind 2—2,2×1 μ, die kleineren 1,2—1×0,8 μ im Durchmesser	Wie No. 2.	Anfangs wie No. 2. Später sieht man bei schwacher Vergrößerung, dafs die Kolonien unregelmäfsig ausstrahlen. Bei starker Vergrößerung sieht man, dafs diese peripherischen Strahlen aus vielfach verzweigten Zellenketten bestehen. Nach 4 Wochen erscheinen die Kolonien 1 cm breit und darüber, gekerbt, wie aus zusammengelagerten, unregelmäfsigen Ballen bestehend	In den ersten Tagen entwickelt sich an der Oberfläche ein weifslicher, rissiger, mattglänzender Belag, der aus aneinander liegenden Halbkugeln besteht. Längs des Impfkanals eine Reihe weifslicher Pünktchen. Später wird die Entwickelung in Gelatine ganz charakteristisch, weil nach den Seiten des Impfkanals viele wollige Fäden horizontal, unregelmäfsig ausstrahlen, wie es bei der Rosahefe zuweilen vorkommen soll	Wie No. 2	Wie No. 2	Wie No. 2
5	S. reticulosus. — Tommasoli (Giorn. d. mal. ven. 1888. fasc. 2.)	Wie No. 2	Wie No. 2	Wie No. 2	Grofse Zellen, meist rund (2—4 μ) oder oval (3—4×2 μ) mit ungefärbter Membran und groben Vakuolen im Protoplasma	Wie No. 2	Nach 6 Tagen sieht man weifse Pünktchen. Bei schwacher Vergrößerung: die oberflächlichen Kolonien sind erbsengrofs, die tiefen kleiner, alle braungelblich mit unregelmäfsig ausstrahlenden Rändern. Die Kolonien gleichen einem feinen Netzwerk von Fäden und Körnern. Nach 4 Wochen sieht man die Kolonien 1 cm breit, homogen, scharfbegrenzt, dunkel, fast schwarz.	An der Oberfläche entwickelt sich langsam ein schleimiger, weifslicher, mattglänzender, grobgekörnter, paraffintropfenähnlicher Belag mit scharfem Kontur. Im Impfstich eine Reihe weifslicher, nicht konfluierender Punkte. Nach 4 Wochen ist der Belag gedellt, schleimig, mit etwas erhabenen Rändern, unregelmäfsig gezackt	Ein üppiger Belag, dick, scharf begrenzt, aus Halbkugeln bestehend, weifs, der beim Älterwerden trocken, wie aus übereinandergelagerten Kugeln gebildet, und hier und da von kleinen weifsen, trockenen Schuppen bedeckt erscheint.	Wie No. 2	Wie No. 2
6	S. multiformis	Wie No. 2	Wie No. 2	An den Extremitäten der größeren Elemente sieht man eine oder zwei runde oder ovale Tochterzellen	Verschiedenartigst geformte Zellen, als grofse Stäbchen, Keulen, Birnen, Kolben. Polygone Scheiben v. sehr verschiedener Größe (3 bis 10 μ). Membran und Vakuolen	Wie No. 2	Nach 6 Tagen kleine, milchweifse Pünktchen. Bei schwacher Vergrößerung sind die oberflächlichen Kolonien erbsengrofs, graugelblich, grobgekörnt, rundlich, mit regelmäfsigen scharfen Rändern. Bei starker Vergrößerung sieht man, dafs die Ränder nur aus rundlichen, nicht grofsen, aneinander gelagerten Elementen bestehen. Nach 4 Wochen sind die Kolonien noch erbsengrofs, grobgekörnt, wie chagriniert, scharfbegrenzt	Wie No. 5. Nur ist der Belag schleimiger und milchweifs	Entwickelt sich rasch ein üppiger, schleimiger, glatter, weifslicher oder grauweifslicher Belag, mit rundlich ausgebuckten Rändern	Wie No. 2	Wie No. 2

Digitized by Google

Nummer	Name Entdecker	Farbe des Rasens	Form und Größe	Anordnung	Wachstum auf Gelatine: auf Platten	Wachstum auf Gelatine: in Stichkulturen	Wachstum auf Agar-Agar	Schnelligkeit des Wachstums bei Zimmertemperatur	Verhalten zu Anilinfarbstoffen
1	Micrococcus cereus flavus — Passet	Zitronengelb	Rundliche von 1—1,2 μ Durchm. Kokken	Meist zu Haufen od. einzeln oder auch zu kurzen Ketten	Nach 3 Tagen kleine weifs gelbliche Punkte, die bei schwacher Vergrößerung meist als ovale Scheiben erscheinen, braun, homogen. Nach 6 Wochen sind die tief gelegenen Kolonien nur wenig gröfser (1 mm) geworden	Im Röhrchen entsteht auf der Oberfläche ein wachsartig nicht glänzender Belag, mit etwas verdickten kreisförmigen, unregelmäfsigen Rändern. Seine Farbe geht aus dem anfänglichen weifsgelblich bald in zitronengelb über. Im Stich ist eine grofse Reihe von konfluierenden kleinen Kugeln zu bemerken. Nach 2 Monaten ist der Belag vertrocknet und immer dunkler	Im Impfstrich gelblicher dünner B lag. Beim Eintrocknen der Kulturen scheint die Farbe etwas heller	Ziemlich langsam	Färbt sich gut mit gewöhnlichen Anilinfarbstofflösung.
2	Micrococcus flavus tardigradus — Göttinger hyg. Institut	Chromgelb	Kugelige von 1,2—1,5 μ Durchmesser. Kokken	Meist in Haufen angeordnet mit kurzen Ketten am Rand	Nach 8 Tagen sind die tiefen Kolonien als kleine gelbliche Pünktchen sichtbar. Die oberflächlichen messen nach 2 Wochen noch kaum 1 mm und ragen mit ihrer punktförmigen Mitte etwas über die Gelatine heraus. Bei schw. Vergrößerung erscheinen die tiefen Kolonien oval mit glattem, hellerem Kontur und zeigen gleichmäfsig dunkelolivengrüne Farbe	Im Stich entsteht längs des Stichkanals eine feine Reihe von isoliert bleibenden, gelblichen Pünktchen. Auf der Oberfläche kleine, konfluierende, mattglänzende, glatte Kugeln, bilden einen dichteren welligen Rand, der tief gezackt und unregelmäfsig ausgebuchtet ist. Die Farbe der Kolonien ist chromgelb	Auf der Oberfläche entwickelt sich langsam ein sehr dünner durchsichtiger Belag, von disseminierten, kleinen, verschieden geformten, gelblichweifs glänzenden Punkten	Sehr langsam	Wie No. 1
3	Micrococcus versicolor — Gött. hyg. Institut	Orangegelb	Kokken von ca. 1 μ Durchm.	Meist in Haufen gelagert od. einzeln oder auch zu 2	Nach 4 Tagen sind die oberflächlichen Kolonien als gelbliche, senfkorngroße Punkte sichtbar, die nach 8 Tagen hirsengrofs sind. Die tiefer gelegenen Kolonien erscheinen als kleine, gelbe Pünktchen. Bei schwacher Vergrößerung sieht man die rundlichen oder ovalen, scharf konturierten Scheiben undurchsichtig, fein granuliert, gelbgrün, erbsengrofs	Auf der Oberfläche entwickelt sich nach einigen Tagen ein dünner, nicht erhabener, schleimig glänzender, perlmutterartiger, hellgelber Belag, der nach 4 Wochen die Breite von 4—6 mm erreicht, und mit dünneren, unregelmäfsig rundlich eingekerbten Rändern versehen ist, die nach der Beleuchtung grünlich und bläulich schillernd erscheinen. Im Impfstich entwickeln sich kleine kugelige, meist nicht konfluierende gelbe Kolonien	Im Impfstrich entsteht sehr langsam ein dünner, schleimiger breiter Belag von grüngelber Farbe	Ziemlich langsam	Wie No. 1

Digitized by Google

Nummer	Name Entdecker	Farbe des Rasens	Form und Größe	Anordnung	Wachstum auf Gelatine: auf Platten	Wachstum auf Gelatine: in Stichkulturen	Wachstum auf Agar-Agar	Schnelligkeit des Wachstums bei Zimmertemperatur	Verhalt. zu Anilin-Farbstoffen
1	Micrococcus cereus albus — Passet	Milchweiß	Rundliche, ca. 1 μ große Kokken	In Haufen oder seltener Ketten oder einzeln	Weiße Pünktchen, die sich an der Oberfläche zu kleinen, meist 1—2 mm großen Hecken ausbreiten. In der Tiefe kugelige, grauweiße Punkte, bei schwacher Vergrößerung kreisrund, homogen, von grünlicher Farbe am Zentrum, heller nach dem Rande	Oberfläche grauweiß, mit stearin- od. wachstropfenähnlichem, etwas verdicktem Rand. Längs des Stichkanals mehrere konfluierende Pünktchen	Grauweißer Belag v. mittlerer Dicke, mattglänzend, milchweiß. In der Umgebung des Streifens einige isolierte weißliche, kleine Kolonien	Ziemlich langsam	Färben sich gut mit Anilin-Farbstoffen
2	Diplococcus albicans tardissimus — Bumm	Grauweiß	Rundliche oder als Diplokokken semmelförmige Kokken ca. 1 μ groß	Meist einzeln zu zweien, oft in Haufen angeordnet	Kleinste weißliche Pünktchen, die bei schwacher Vergrößerung rundlich, undurchsichtig, braungrün, nach 2 Wochen 2 mm groß erscheinen.	Im Impfstich entsteht nach mehreren Tagen eine Reihe von kleinsten, isoliert bleibenden, grauweißen Pünktchen. An der Oberfläche kommt langsam ein sehr dünner, weißlicher, mattglänzender stearinähnlicher Belag mit unregelmäßig ausgezacktem Rande	Oberflächlich bild. sich langsam schließlich dünne, von ausgezackten Konturen begrenzte, grauweiße, feuchtere Flecke, die nach 2 Monaten häutchenähnlich sind u. d. Gr. eines 1 Mk.-St. erreich.	Außerordentlich langsam	Wie No. 1
3	Diplococcus albicans tardus	Durchscheinend	Diplokokkus aus zwei ovalen mit dem längeren Durchmesser gegeneinander stehenden Kokken gebildet. Länge eines jed. Kokkus 0,7—0,8 μ, Breite 0,6 μ	Zu Haufen gelagert, an deren Rand sieht man mehrere kurze Ketten von größeren Diplokokken	Die oberflächlichen, rundlichen, hervorragenden, scharf begrenzten, graugelblichen Kolonien erreichen nach 8 Tagen meist die Größe v. 1—2 mm. Die tiefen sind senfkörnergroß. Bei schw. Vergr. stellen die tiefen meist ovalen, dunkelgelblichen Kolonien eine Größe v. 1—3 mm dar. Die oberflächlichen sind breiter, gekörtn, graugelblich mit glänzendem Rand. Nach 5 Wochen sind dieselben makroskopisch 2—3groß, durchscheinend grau und bieten 2—3 Zonen von verschiedener Dicke, mit einem erhabenen runden Zentrum und mit schließlich dünnem, scharfbegrenztem, schleierähnlichem, gezacktem Rande. Mikroskopisch treten auf d. anscheinend glatten Oberfläche buckelförmige oder schildförmige feingekörnte Protuberanzen auf, die z. Tl. zusammenfließen. Der Rand hebt sich als ein heller Streifen von den ganzen Kolonien ab. Die Farbe der ganzen Kolonie ist mikroskopisch graugelb. Wenn man die Kolonien mit einer dünneren Methylenblaulösung färbt, sieht man bei schw. Vergrös. die Kolonie wie marmoriert, mit dunkleren, den Protuberanzen entsprechenden Hecken. Auch die tiefen, meist ovalen erscheinen buckelförmig in der Mitte	Im Impfstiche findet man nach 2 Wochen oberflächlich einen dünnen, feingezackten wachstropfenähnlichen Belag, weißgelblich, dem Impfkanal entlang sehr geringes Wachstum in Form kleiner Pünktchen. Nach 5 Wochen hat sich der oberflächliche Belag sum Durchmesser von 1 cm verbreitet und erreicht die doppelte Größe der Kolonien des Bumm-schen Diplococcus albicans tardissimus bei Züchtung auf dem nämlichen Nährboden (während 10 Wochen)	Nach 5 Wochen noch ein nur wenig ausgebreiteter Streifen, mattglänsend, graugelblich, mit unregelmäßig rundlich gezackten Rändern	Ziemlich langsam	Wie No. 1

Digitized by Google

Nummer	Name Entdecker	Farbenproduktion	Form und Größe	Anordnung	Wachstum auf Gelatine: auf Platten	Wachstum auf Gelatine: in Stichkulturen	Wachstum auf Agar-Agar	Wachstum auf Kartoffeln	Schnelligkeit des Wachstums bei Zimmertemperatur	Verhalten zu Anilinfarbstoffen
1	Micrococcus flavus liquefaciens — Gött. hygien. Institut	Gelblich	Ziemlich große Kokken von 1—1,2 μ Durchm.	Meist in Haufen gelagert oder auch zu 2 oder 3	Es entwickeln sich nach 2 Tagen kleine graugelbliche Kolonien. Die oberflächlichen sind mattglänzend glatt. Nach 5—6 Tagen macht sich um dieselbe eine flache Einsenkungszone bemerklich, die nach 8 Tagen schon in einen scharf konturierten Ring von verflüssigter, gelblicher Gelatine verwandelt ist. Bei schwacher Vergrößerung: Die Kolonien erscheinen anfangs kreisrund oder oval, gelbbraun, fein gekörnt, mit scharfem Kontur. Später bilden sich scharf konturierte Ringe, die vom Zentrum durch eine klare Zone getrennt sind	Nach 3 Tagen bilden die kugeligen, glatten, gelb u, konfluierenden Kolonien einen schwach einsinkenden Belag, der die Gelatine bald verflüssigt. Nach 5 Tagen enthält das Röhrchen eine obere 2 mm dicke, mit weißgelblicher Flüssigkeit erfüllte Zone und an deren unteren Grenze einen gelblichen Niederschlag in Flocken	Grüngelblicher, rasch sich verbreitender, glatter, schleimiger Belag, an dessen Rande viele kleine einzelne halbkugelige Kolonien hervortreten		Sehr schnell	Färbt sich gut mit gewöhnlichen Anilinfarbstoffe
2	Diplococcus subflavus — Bumm	Gelblich (wie helle, ungebrannte Terra siena)	Kleine Kokken, meist semmelförmig, als Diplokokken, gonokokkenähnlich. Durchmesser der Hälfte eines Diplokokkus: 0,7 × 0,4	Meist als einzelne Diplokokken, oder auch in kleinen Haufen und Ketten	Nach 4 Tagen sind die Kolonien als weiße, gelbliche Punkte sichtbar: die oberflächlich gelagerten hirsekorngroß, sind nach 8 Tagen ockerfarbig und haben nach dem Rande zu eine hellere Zone und in der Mitte einen gelblichen hervorragenden Punkt. Bei schwacher Vergrößerung erscheinen die tiefen Kolonien als ovale, scharf konturierte Scheiben, undurchsichtig, homogen, gelbbraun. Die oberflächlichen dagegen erscheinen etwas heller, nicht scharf konturiert, fein granuliert, und nach 8 Tagen von einem flachen Einsenkungsring umgeben	Nach 8 Tagen sieht man auf der Oberfläche einen weißgelblichen, üppigen, schleimigen Belag, unter dem nach 10—12 Tagen die Gelatine langsam erweicht und undurchsichtig gelblich wird. Nach 3 Wochen ist ein mit dicker, weißgelblicher Flüssigkeit erfüllter Cylinder von 1 cm Höhe im Röhrchen entstanden, auf dessen Boden der dicke Belag allmählich herabsinkt. Nach 2 Monaten ist die Gelatine wieder ganz klar geworden und vollständig verflüssigt	Zuerst weißgelblicher, dann grüngelblicher, dicker, schleimiger Belag	Es entwickelt sich langsam ein glatter, wenig hervorragender Belag, kuckig und scharf begrenzt. Nach 2 Wochen ist ein breiter Streifen von 3 mm Durchm., unregelm. buckelig, sichtbar, dessen Färbung d. hell., ungebr. Terra siena gleicht. Um denselben finden sich kl. halbkugelförm. Kolonien. Der Bel. klebt an d. Nadel an u. ist sehr strk. fadenzieh.	Ziemlich langsam	Wie No. 1.

Digitized by Google

Nummer	Name Entdecker	Farbenproduktion	Form und Größe	Anordnung	Wachstum auf Gelatine: auf Platten	Wachstum auf Gelatine: in Stichkulturen	Wachstum auf Agar-Agar	Wachstum auf Kartoffeln	Schnelligkeit des Wachstums bei Zimmertemperatur	Verhalt. zu Anilinfarbstoffen
3	Diplococcus citreus liquefaciens	Weißgelblich	Kleine, ovale, meist zu zwei od. zu vier zusammenliegende Kokken mit etwas abgeplatteten Berührungsflächen. Größe der Hälfte eines jeden Diplokokkus 0,7×0,4 μ	In Gruppen, zu Haufen oder in kleinen Ketten, vorwiegend jedoch als Diplokokken	Nach 4 Tagen sind die oberflächlichen Kolonien so groß wie Senfkörner, grauweißlich, rundlich, nicht hervorragend; die tiefen sind weißliche Pünktchen. Nach 8 Tagen erscheinen die oberen graugelblich, undurchsichtig, ca. 1—2mm breit, mit einem hervorragenden Punkt in der Mitte, die tiefen unverändert. Nach 2 Wochen sind die oberen zitronengelb, beginnen konkav zu werden und senken sich in einen flachen Trichter klarer Gelatine. Bei schw. Vergr.: die oberflächlichen erscheinen als rundliche, fein granul., scharf begrenzte, undurchsichtige, graugelbliche Scheiben, die tief. oval od. rund, braungelblich, scharf begr. Nach einigen Tagen haben sich Form u. Farbe wenig verändert; nur einige oberflächliche sind ausgebuchtet	Nach 6 Tagen findet sich a. d. Oberfl. ein dünner, glänzend., nicht prominierender gelblicher Belag, der sich weiterhin bed. ausbreitet u. einsinkt. Nach 2 Woch. wird d. Gelat. langsam erweicht u. am Grunde d. erweicht. Teils bildet sich ein weißgelblicher, dicker, flockenartig. Niederschlag, währ. a. d. Oberfl. eine tellerförm., unregelmäß. dunkelzitronengelbe Kult. schwimmt. Nach 3 Woch. sind 6 mm Gelat. gelöst, gelblich, undurchsichtig, u. darauf schwimmt der gewöhnl. Belag. Nach 2 Monat. hat der verflüssigte Bezirk d. Gelat. um das dreifache zugenommen, ist heller geworden, besitzt keinen schwimmenden Belag mehr; auch der Niederschlag ist breiter und dicker geworden	Es entwickelt sich ziemlich rasch ein mattglänzender, braungelblicher, glatter Streifen m. unregelmäß. rundlichen Rändern, der später sich ausbreitet und dicker wird	Nach 2 Wochen find. man eigentümlich aussehenden Belag, buckelförmig, länglich mit scharfen, unregelm. welligen Konturen v. mattem Aussehen und graugelblich. Farbe. Nach 4 Wochen sind die Ränder und die Spitzen d. übereinander gelagerten Buckel heller worden. Der Belag bricht beim Entfernen mit der Nadel auseinander	Langsam	Wie No. 1
4	Diplococcus liquefaciens tardus	Schwefelgelb	Semmelförmige Kokken zu 2 Durchm. d. Hälfte eines jeden Diplokokkus 0,8×0,5 μ	Meist zu Haufen, viele einzeln und unter diesen ist die gonokokkenähnliche Diplokokkenform ausprägter	Nach 8 Tagen sind die oberflächlichen Kol. hirsekorngroß, rundl., glänzend, v. hellgraugelblicher Farbe, d. tiefen sind punktförmig. Nach 3 Woch. sind d. oberfl. hanfkörnergroß, noch immer hervorrgd, einige stellen einen hervorragenderen chromgelblichen Punkt in d. Mitte dar. Später werden sie grüngelblich und schwimm. in einer ringförm. Zone klarer, verflüssigter Gelat. Bei schw. Vergrößs.: nach einigen Tag. sehen die Kolonien öltropfenähnlich aus, und sind graugelblich, fein granuliert, mit scharfem hellglänzenden Rande, hanf- od. erbsengroß. Später erscheinen die Oberflächen mit einem dunklen Zentrum und einem hellgelben Rande. Die tiefen sind undurchsichtig scharfbegrenzt, olivenbraungelblich	Auf der Oberfl. entwickelt sich langsam ein dünner, weißgelblicher, schleimiger, welliger Belag, der nach 3 Wochen die Größe v. 3—4 mm erreicht und glänzend leicht eingebuchtet erscheint. Beim Älterwerden neigt er immer mehr zum Dunkelgelb, bis er grüngelblich wird. Längs des Impfkanals sieht man einen dünnen, gelblichen Schleier. Nach 4 Wochen ist der Belag noch nicht verflüssigend; langsam aber fängt er an eine Einsenkungszone zu zeigen. Nach 2 Monaten ist ½ cm Gelat. in einem gewöhnlichen Röhrchen gelöst, welche hell u. durchsichtig erscheint. Zuerst schwimmt auf der Oberfl. der ganze Belag, der dann langsam in einen dünnen grüngelblichen Schleier übergeht, während auf dem Grunde ein dicker, flockenartiger, gelber Niederschlag sich bildet, und die verflüssigte Gelatine gelblich wird	Raschere Entwickelung. Nach 4 Tagen ist ein weißgelblicher, etwas dickerer, schleierförm. Belag, der allmählich breiter und dicker wird, mit sanften, welligen Rändern. Auch hier ändert sich die Farbe mit der Zeit bis zum Grüngelblichen	Entwickelt sich langsam als Belag mit sanften Rändern, bucklig, leicht konvex, mattglänzend, schwefelgelb, welcher beim Entfernen mit der Nadel zerfällt.	Sehr langsam	Wie No. 1

Digitized by Google

Nummer	Name Entdecker Litteratur	Verhalt. zu Gelatine	Farbenproduktion	Form und Größe	Anordnung	Wachstum auf Gelatine auf Platten	Wachstum auf Gelatine in Stichkulturen	Wachstum auf Kartoffeln	Wachstum auf Agar-Agar	Schnelligkeit d. Wachst. b. Zimmertemperatur	Verhalt. zu Anilinfarbstoffen
1	Grüngelber Bacillus minutissimus	Sehr rasch verflüssigend	Grüngelblich mit geringer Fluorescens	Kurze, sehr feine bewegliche Stäbchen, m. abgerund. Enden und meist mit Einschnürg. in der Mitte. Länge 1,5—2,0 × 0,3, oft sind sie zu längeren Fäden vereinigt, in denen man 4—6 runde Sporen sieht	Meist in Stäbchen zu zweien verbunden und in Gruppen parallel aneinander gelagert. Am Rande d. Kolonien sind die Bacillen in Bündeln geordnet	Nach 3—4 Tagen bilden die Kolonien eine flüssige, ca. 8 mm breite, runde Scheibe und bestehen a. aus einer äußeren, weißgelblichen Zone von klarer, durchsichtiger Gelatine; b. aus einer mittleren Zone von klarer, durchsichtiger Gelatine; c. aus einem dichten hellbraunen Zentrum mit feiner getrübter, graulicher Granul. Bei schw. Vergrös. ist d. Zentrum rundlich od. oval, graulich granuliert u. unregelm. begrenzt von kleinen gekörnten Flocken, Der Rand besteht aus größeren **Körnern, welche nach außen zu einen regelmäßigen, scharfen Rand zusammenfließen. Nach 5 Tagen ist die runde Grube flüssiger Gelatine ca. 1½ cm breit und konfluiert mit den benachbarten Kolonien. Die Gelatine in der Umgebung wird nicht gefärbt**	Nach 3 Tagen sieht man schon einen breiten Trichter flüssiger Gelatine, der ganz regelmäßig, an der Spitze abgestumpft, ca. 1 cm hoch, an der Basis ca. 5 mm breit ist. Die verflüssigte Gelatine ist trübe, grüngelb, und enthält einige weißliche, schwimmende Flocken, und am Grunde einen dicken weißlichen Niederschlag. **Nach 8 Tagen ist die ganze Gelatine verflüssigt. Es schwimmt auf der Oberfläche ein dicker, undurchsichtiger, graugelblicher, schwach fluorescierender Schleier**	**Entwickelt sich rasch zu breiten, abgeflachten, kompakten, mattbraunen Streifen mit erhabenem und scharfbegrenztem Rande, während die Kartoffel dunkel verfärbt wird. In wenigen Tagen ist die ganze Oberfläche bedeckt**	**Die Kolonie bildet ebenfalls rasch einen schleimigen, feuchten, glatten, hellbraunen Streifen, welcher unregelmäßige Ränder besitzt**	**Sehr schnell**	**Färbt sich gut mit Methylenblau**
2	Bacillus aureus	Nicht verflüssigend	**Makr.: dunkelchromgelb. Mikr.: goldgelb**	**Gerade od. nur leicht gebogene, schlanke Bacillen verschied. Länge meist 1,5—4 × 0,5 μ**	**Die meisten sind parallel aneinander zu Gruppen gelagert, viele zu zweien od. in langen Fäden, viele mit vielen Einschnürungen**	Die Kolonien wachsen **langsam in verschiedenen, unregelm. Formen. Nach** 8 Tagen sind die **meisten oberflächl.** oder tiefen Kolonien **noch wie kleine** Pünktchen, zuerst weißlich, **dann hellgelblich,** und endlich chromgelb, **andre** senfkornähnlich. Bei schw. Vergr. zeigen sie **ebenfalls** verschiedenste Form u. Größe, **einzelne** nämlich sind nur ca. 1 mm, **andre** 3—4 mm groß, einzelne sind rund, andre oval, oder wetzsteinförmig, od. segmentiert. Alle sind undurchsichtig, scharf begrenzt und **besitzen eine charakteristische Goldfarbe. Wenn sie älter werden, verlieren viele, darunter hauptsächlich die runden, ihre primitive Form und werden buckel- oder auch wurstförmig, mirabellengelb**	Die Kolonien **entwickeln sich** an der Oberfläche langsam in Form von kleinen zusammengelagerten Halbkugeln, **indem sie auf diese Weise** einen unregelmäßig unterbrochen mattglänzenden **dunkelchromgelben Belag bilden. Längs des Impfkanals sieht man eine dünne, dichte Reihe kleiner Körner von nämlicher Farbe**	**Entwickelung ebenfalls in Form breiter glänzender Halbkugeln, die sich nach und nach vereinigen. Farbe dunkelchromgelb, an der Spitze jedoch etwas heller. Wenn älter, werden die Kolonien immer dunkler bis tief braunrot**	**Wie auf Gelatine, nur raschere Entwickelung**	**Ziemlich langsam**	**Färbt sich gut mit Methylenblau**

Digitized by Google

Nummer	Name Entdecker Litteratur	Verhalt. zu Gelatine	Farbenproduktion	Form und Größe	Anordnung	Wachstum auf Gelatine: auf Platten	Wachstum auf Gelatine: in Stichkulturen	Wachstum: auf Kartoffeln	Wachstum: auf Agar-Agar	Schnelligkeit d. Wachst. b. Zimmertemperatur	Verhalt. zu Anilinfarbstoffen
3	**Bacillus spiniferus**	**Nicht verflüssigend.**	**Graugelblich**	**Kurze, gerade od. nur leicht gebogene Bacillen. Mittlere Größe 2×0,8—1,0 μ**	**Verschiedenartig zu Haufen u. Bündeln parallel gelagerte Bacillen. Viele einzeln od. zu zweien**	Nach 8 Tagen sind die oberflächlichen Kolonien 1—2 mm groß, etwas hervorragend, rundlich, glänzend, hautfarbig, die tiefen sind kleine grauweiße Pünktchen. Bei schwacher Vergrößerung sind die tiefen rund oder oval, die oberfl. unregelmäßig gekerbt, einige davon sind auch grob buckelförmig. Größe bis 4 mm, granuliert, mit einem Rand, der wie von feinen Dornen versehen erscheint. 3 Wochen lang bleibt dieses Aussehen erhalten, die ganze Kolonie ist mit solchen Dornen versehen, so daß die Herde ein igelartiges Aussehen haben. In vielen Kolonien werden d. Randdornen so lang, daß sie einen breiten, weißen, strahligen Hof bilden. Daher der Name. Farbe graugelblich	Das makroskopische Aussehen ist auch sehr charakteristisch. Nach 6 Tagen besteht die schon 2 mm breite Kolonie aus einem unregelmäßigen, faltig geschrumpften Häutchen, graugelblich auf den Falten, bläulich in den Furchen, so daß der Belag bunt erscheint. Breitet sich dendritisch mit unregelmäßigen, gezähnten, sanft endigenden Rändern aus, während die Falten immer emporragender und deutlicher gelb werden. Längs des Impfkanals sehr kleine gelbliche Punkte	**Sehr langsame u. schwierige Entwickelg. Während mehrerer Tage ist der Impfstreifen nur wie eine feuchtglänzde weißgelbliche Linie zu sehen. Erst nach 3 Woch. ragt an einz. Stellen eine kleine Erhebg. hervor, die fein bucklig, glänzend, graugelblich, hirsegroß ist**	**Wie auf Gelatine entwickelt sich langsam e. Häutchen, das ganz in unregelmäßigen dicken Falten emporgehoben ist, graugelblich gezähnt und feuchtglänzend aussieht**	**Ziemlich langsam**	**Färbt sich gut mittels alkalischer Methylenblaulösung**
	Bacillus albicans pateriformis	**Nicht verflüssigend**	**Grauweiß**	**Dicke, nicht bewegliche, gerade Bacillen m. stumpfen Enden. Mittlere Größe 1—3×0,5 μ**	**Verschieden gruppiert. Viele zu zweien, andre in Ketten von 3—4 Elementen**	Die oberflächl. Kolonien zeigen sich nach 4 Tagen als kleine Perlen, rund, hervorragend, glänzend, grauweiß, senfkorngroß. Nach 8 Tagen sind sie hirsengroß. Die tiefen bestehen aus kleinen grauweißen Punkten. Bei schwacher Vergr. zeigen die tiefen Kolonien einen scharfen Rand u. eine feine, helle peripherische Zone. Sie sind an Farbe und Aussehen öltropfenähnlich, sind fein gekörnt, in der Mitte dunkler. Größe 2—3 mm. Nach mehreren Tagen erscheinen die Oberflächen rund oder oval mit welligem Rande, sind 1 cm groß und ändern nach und nach ihr Aussehen, indem sie granuliert werden u. entweder ganz gleichförmig oder mit konzentrischen Zonen versehen sind. Die tiefen sind dunkel, scharfbegrenzt, meist oval	Es entwickelt sich langsam an der Oberfläche ein grauweißlicher, mattglänzender, rundlicher Belag, welcher erhaben ist u. im Zentrum konkav mit einem wallartigen, ringförmigen Rande (daher der Name, von patera = Schale). Längs des Stichkanals sieht man eine Reihe von kleinen Pünktchen von nämlicher Farbe, die dicht aneinander gelagert sind	**Entwickelt sich langsamer, ein erst nach einigen Tagen sichtbarer, glatter, mattglänzender, scharfbegrenzter, leicht erhabener, weißgelblicher Streifen**	**Nach 2 Wochen sieht man einen dünnen weißlichen, glänzenden Schleier, der nach 4 Wochen kaum 2—8 mm breit geworden ist, mit unregelmäßigem, gekerbtem Rande**	**Langsam**	**Färbt sich gut mit Methylenblaulösung**

Digitized by Google

5	Bacillus ovatus minutissimus	Nicht verflüssigend	Grauweiß	Sehr kurze gleichförmige ovale Bacillen mit zugespitzten Enden. Mittlere Größe 0,6—0,8 × 0,4 μ	Aneinander gelagert in unregelmäßigen Gruppen, viele zu zweien	Nach 3 Tagen sind die oberflächlichen Kolonien senf- oder hirsekorngroß, kugelförmig, hervorragend, grauweiß, glänzend, einem Tropfen einer Tragantgummilösung ähnlich. Die tiefen sind pünktchenförmig, grauweiß. Später werden die Oberflächen flach und nur selten bewahren sie die Form kleiner Perlen. Bei schwacher Vergrößerung sind die oberflächlichen fast 1 cm im Durchmesser, rund oder rundlich, gekerbt, graugelblich, feingekörnt, mit einem dunkleren Zentrum und einer helleren peripherischen Zone; die tiefen meist rund oder oval, undurchsichtig, dunkelgelblich im Zentrum, hellgelblich am Rande, feingranuliert, erbsengroß. Alle sind scharf gerandet und zeigen eine kleine Einsenkungszone in der Peripherie, die nicht von Verflüssigung herrührt. Wenn sie eine gewisse Größe erreicht haben, neigen einige zum Breiterwerden und werden dünner und heller, andre wachsen nur wenig und werden immer kompakter und dunkler	An der Oberfläche bilden die Kolonien ziemlich rasch einen üppigen, schleimigen, mattglänzenden, grauweißen, wallartigen, oder ausgebuchteten Belag, welcher beim Älterwerden trockener und undurchsichtig wird, mit kleinen kugelförmigen, helleren Protuberanzen. Längs des Impfkanals viele zusammengelagerte, grauweiße Pünktchen. Unangenehmer Geruch, welcher in den Platten-Glocken am stärksten bemerkbar ist	Rasche Entwickelung eines üppigen mattglänzenden, grauweißen, ausgebuchteten Belags. Starker Fötor	Fast wie auf Gelatine	Ziemlich rasch	Färbt sich gut mit Methylenblaulösung

Digitized by Google

Nummer	Name Entdecker Litteratur	Verhalt. zu Gelatine	Farbenproduktion	Form und Gröfse	Anordnung	Wachstum auf Gelatine auf Platten	Wachstum auf Gelatine in Stichkulturen	Wachstum auf Kartoffeln	Wachstum auf Agar-Agar	Schnelligk. d. Wachst. b. Zimmertemperatur	Verhalt. zu Anilinfarbstoffen
6	**Ascobacillus citreus**	Die Gelatine wird nur nach längerer Zeit verflüssigt (1-2 mm dick) u. zwar sehr langsam u. breiartig	Zitronengelb	Gerade oder gebogene Bacillen. Gröfse 1—3 × 0,3 μ	Versch. gelagert, einzeln oder meist zu zweien zu Gruppen od. in Bündeln	Sehr langsame Entwickelung. Nach zwei Wochen sind die oberflächl. Kolonien hervorragende, undurchsichtige, gelbl. Pünktchen. Nach 4 Wochen sind dieselben leicht verdickt. Die tiefen sind nach 2 Wochen kaum sichtbar u. gelb. Bei schw. Vergr. erscheinen die tiefen graugelblich, undurchsichtig, bald wie Öltropfen, bald wie ein Konglomerat kleiner, rundl. Ballen zerfallend. Später nehmen sie mehrere wunderliche Formen an, u. zwar kann man Kolonien von siebenerlei versch. Aussehen unterscheiden — Unter den tiefen: 1. Die tieferen sind oval, dunkel, dicht, scharfbegrenzt, erbsengrofs. 2. Die weniger tiefen, aber noch nicht oberflächlichen, stellen ein erbsengr. Konglomerat von hirsekorngr. Ballen vor mit eingekerbt. Rand. 3. Die mittleren auf der Höhe, zwischen 1 und 2, erscheinen bei d. näml. Einstellung, die eine Hälfte kompakt und dunkel wie 1, d. andre in hellerer Konglomeratform, wie 2, u. das Konglomerat kann sich entweder an dem einen Ende od. in d. Mitte d. Kolonie entwickeln. Unter den oberfl.: 4. Einzelne sind homogen, hellgelb, rund od. rundl., üb. 1 cm Durchmesser. 5. Andre zeigen e. dunkles Konglomerat in d. Mitte u. einen helleren gelbgrünlichen Rand. 6. Andre endlich umgeben sich mit einem, den Äquat. umfassenden, ringförmigen Auswuchs, der 7. hin u. wieder nur unilateral ausgebildet ist. Macht man aus den kompakten- und Konglomeratformen gesonderte Kulturen, so bekommt man bei beiden gleichmäfsig diese versch. Formen wieder. Dieselben sind abhängig von der Konsistenz der Gelatine. Diejenigen, welche genau den „Saturn mit seinem Ringe“ kopieren, entstehen so, dafs ein wachsender Kern der Bacillenkugel an einer Stelle die kompaktere äufsere Zone sprengt und sich längs des Äquators um dieselbe ergiefst	**Die Kolonie bildet an der Oberfläche langsam einen schleimigen, dichten, zitronengelben Belag, der im Zentrum nach und nach sich vertieft, während der Rand etwas erhaben und granuliert sich erhält. Längs des Impfkanals treten viele kleine Körner zusammen und bilden oben eine trichterförmige Aushöhlung. Nach 5—6 Wochen erscheint die Gelatine in dem Trichter beim Schütteln breiartig, der Belag** schwimmt oben, u. unten liegen einige grüngelbe Flocken	**Die Entwickelung** ist sehr rasch. Nach 6 Tagen ist der gröfste Teil der Oberfläche v. einem schleimigen, zitronengelben Belag bedeckt, der an den Rändern heller und eiweifsähnlich ist. **Nach 2 Wochen nimmt der grüngelbe, glatte, mattglänzende, schleimige Belag** die ganze Kartoffel ein u. zeigt im Zentrum feine Äderchen von einem helleren Gelb und den Adern **eines Weinblattes ähnlich. Beim Älterwerden wird die Kolonie matt und dunkel und die Adern treten immer deutlicher zutage**	Entwickelung ebenfalls sehr rasch. Binnen wenigen Tagen bedeckt die Kolonie fast die ganze Oberfläche. Im Grunde des Röhrchens ist die Kultur üppig, hervorragend und bildet unregelmäfsige, glänzende, aus gallerartiger Hüllsubstanz bestehende und honigtropfenähnliche Protuberanzen. Oben, wo der Agar dünn und trocken ist, wird die Kultur trocken und bildet eine orangefarbige, rahmartige Haut, in welcher sich zahlreiche Körperchen von kugeligem oder ovalem Umrisse schon makroskopisch unterscheiden lassen Untersucht man ein Stück von diesem Belag im hängenden Tropfen, so findet man bei schw. Vergröfs. das charakterische, schon vom Ascococcus Billrothii bekannte Aussehen; bei stärkerer Vergröfs. **sieht man innerhalb der vielfaltigen gewundenen Schleimgyri einzelne oder konfluierende** Gruppen von Bacillen, **welche im Innern unbeweglich stehen, an der Peripherie dagegen wirbelnde Bewegungen zeigen, daher der Name**	**Verschieden je nach dem Nährboden**	**Färbt sich gut durch alle Anilinfarben**

Digitized by Google

Drei der verflüssigenden Kokken zeigen mehr oder minder Berührungspunkte mit dem Diplococcus subflavus Bumm. Nur einer derselben stimmte jedoch so gut mit der Beschreibung von Bumm überein, dafs ich ihn für identisch mit demselben erklären mufs. Die anderen beiden, Diplococcus liquefaciens tardus und Diplococcus citreus liquefaciens, ähneln dem Diplococcus subflavus nur auf Agar, unterscheiden sich aber in den Kartoffelkulturen sofort auf das bestimmteste.

Unter den Saccharomyceten erfordert eine Art, welche bereits öfter als Saccharomyces sphaericus beschrieben ist, die Aufmerksamkeit der Forscher. Bizzozero nannte so eine Hefeart, welche er in normaler Haut auffand und genau beschrieb (Saccharomyces sphaericus et ovalis), übrigens ohne sie zu züchten. Ich beschrieb darauf denselben Organismus aus der Balanitis[1] und züchtete denselben. Diesen Kulturen zufolge ist dieser Saccharomyces sphaericus von Bizzozero und mir genau dieselbe Hefeart, welche ich unter den Hefen der Unnaschen Flora dermatologica wiederfand. Die Zellen besitzen einen Längsdurchmesser von etwa 3—4 μ. Diese Art kann also nicht identisch sein mit dem Saccharomyces sphaericus, welchen Flügge in seinem Lehrbuch folgendermafsen beschreibt (pag. 117): „Die basalen Zellen oblong oder cylindrisch, 10—15 μ lang, 5 μ dick, die übrigen kugelig 5—6 μ Durchmesser." Da dieses vortreffliche Lehrbuch aber noch auf lange Zeit hinaus die Grundlage aller kulturellen Studien der Mediziner bilden wird, so sehe ich mich gezwungen, dem Organismus von Bizzozero und mir einen andern Namen zu geben und nenne ihn nach dem netzartigen Aussehen der Kulturen:

Saccharomyces reticulosus.

Der Saccharomyces albus villosus ist elliptisch geformt wie der Saccharomyces ellipsoideus, aber nur 2—2,2 μ lang, während der letztere 3—3½ μ mifst.

Der Saccharomyces multiformis zeigt eine noch wechselndere als der Saccharomyces pastorianus, hat aber aufserdem nur eine Gröfse von 3—10 μ, während Flügge für die Zellen des Saccharomyces pastorianus die bedeutende Länge von 18—22 μ angibt.

Die Dermatologen schreiben bisher den Saccharomyceten keine pathofore Wirkung zu und lassen ihnen daher auch nur wenig Aufmerksamkeit angedeihen. Wir sind im Gegentheil der Ansicht, dafs sie eingehender studiert zu werden verdienen, ebenso wie die Hyphomyceten. Wir kennen ja doch die Eigenschaft der Hefen, Gärung, also Zersetzung zu erregen, und eine pathofore Eigenschaft derselben wäre gewifs nicht undenkbar.

---

[1] *Giorn. Ital. d. Mal. Ven.* 1888.

Digitized by Google

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut,

gehalten im Wintersemester 1888/89

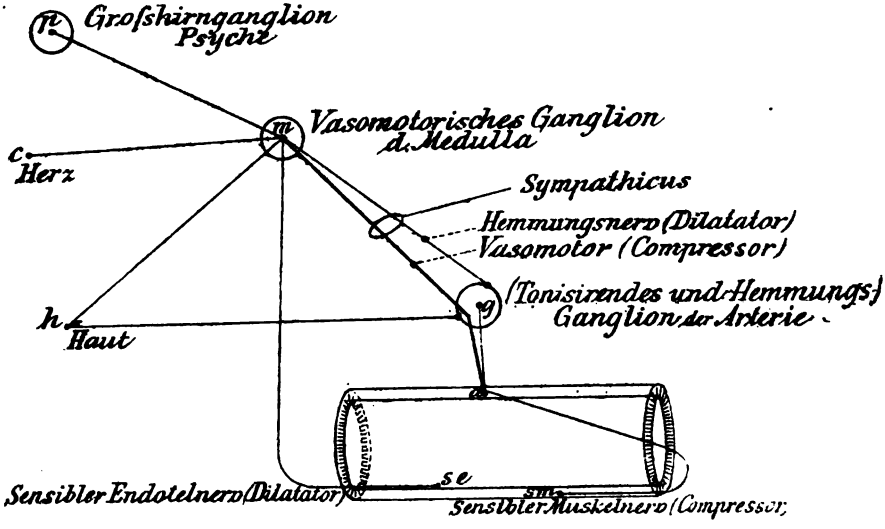
von

P. G. Unna.

II.

Allgemeines über Hyperämien der Haut.

Mit einer Abbildung.



So gleichartig im ganzen die Bilder der verschiedenen Hautanämien sind, weil dieselben sich meistens nicht so sehr weit von der normalen Zirkulation der Haut entfernen, so ungemein vielgestaltig sind die Formen, welche wir unter dem Gesamtnamen der Hauthyperämie zusammenfassen. Um den klaren Einblick in das Wesen derselben nicht zu verlieren, ist es ganz notwendig, sich stets die Thatsachen der Physiologie der Hautzirkulation vor Augen zu halten. Zur Erleichterung für den Leser setze ich ein Schema derjenigen Nervenbahnen voran, welche für die normale Hautzirkulation in Betracht kommen. Dasselbe ist auf das äußerste eingeschränkt worden, so daß keine der darin angeführten Nervenbahnen zu umgehen sein wird, wenn man die Resultate der besten und sichersten

Digitized by Google

physiologischen Experimente auf eine möglichst einfache Weise erklären will.

Die Röhre des Schemas stellt ein Stück einer muskulösen Hautarterie vor, etwa kurz vor dem Eintritt in die eigentliche Cutis. Die Striche bedeuten Nerven, die mit Zentrum versehenen Kreise Ganglien, die Punkte Nervenendigungen. Zwei der letzteren befinden sich innerhalb der muskulösen Wandung der Arterie, eine motorische bei a, eine sensible bei sm. Aufserdem befindet sich innen am Schlauche ein sensibler Endothelnerv se. Das Gefäfsganglion g gibt zwei Nerven zur motorischen Endigung a ab, den feineren ga, welcher in ihm entspringt, und den dickeren ma, den vorzugsweise sogen. Vasomotor, welcher das Ganglion g nur durchsetzt. Letzteres erhält aufserdem noch einen sensiblen, zentripetalen Nerven von der Haut hg und einen zentrifugalen Verbindungsast von dem höheren Zentrum m—mg, den sog. Hemmungsnerven. Der vasomotorische (ma) und der Hemmungsnerv (mg) verlaufen bei der Haut meist zusammen, z. B. für das Bein im Ischiadicus. Das Zentrum m repräsentiert eine Reihe über die Medulla oblongata und das Rückenmark verteilter vasomotorischer Ganglien. Aufser den schon genannten Nerven empfängt es vom Grofshirn (p—m), vom Herzen (c—m), von der Haut (h—m) und von dem Endothelrohr des Gefäfses (se—m) Nerven, von denen je einer den psychischen resp. sensiblen Reizen von diesen Organen aus dienen soll.

Wenn wir uns über die beliebte farblose Alternative, welche alle Hyperämien unterschiedlos entweder einer Lähmung der Vasomotoren oder einer Reizung der Hemmungsnerven zuschreibt, hinaus zu bestimmten pathologischen Bildern der klinisch doch so verschiedenen Zirkulationsanomalien der Haut erheben wollen, so müssen wir mit wenigen Worten auf die physiologischen Experimente zurückgreifen, welche zur heutigen Lehre von der normalen Zirkulation der Haut geführt haben. Es sind dieselben Versuche, aus denen die Berechtigung des obigen Schemas hervorgeht.

Aus den Versuchen von Ostroumoff[1] ging hervor, dafs tetanische Reizung des frisch durchschnittenen Nerven mit Sicherheit eine starke Gefäfsverengerung nebst Temperaturerniedrigung (auf dem Wege m—g—a) hervorruft. Dagegen[2] erhielten die Erweiterungs- (Hemmungs-)fasern das Übergewicht bei relativ schwachen Reizungen, bei Applikation rhythmisch in Pausen von 5 Sekunden wiederholter Reize und auch bei stärkster,

---

[1] Ostroumoff, Versuche über die Hemmungsnerven der Hautgefäfse. *Pflügers Archiv.* Bd. 12. 1876. pag. 219.

[2] s. Goltz und Freusberg, Über gefäfserweiternde Nerven. 1874. *Pflügers Archiv.* Bd. 9. pag. 174. — Goltz, Frensberg und Gergens, Über gefäfserweiternde Nerven. Zweite Abhandlung. 1875. *Pflügers Archiv.* Bd. 11. pag. 52.

Digitized by Google

z. B. tetanischer Reizung dann, wenn (am 4. Tag für den Ischiadicus) die vasostringierenden Fasern des Nerven bereits abgestorben waren. In allen diesen Fällen folgte Hyperämie mit Temperaturerhöhung, nämlich nicht nur eine Aufhebung des tonischen Einflusses (auf der Bahn m—g—a) des vasomotorischen Zentrums, sondern auch eine Hemmung (mg) der selbständigen Erregung des Gefäfsganglion (auf der Bahn g—a), mithin eine maximale Gefäfserweiterung. Die Art dieser Bedingungen rechtfertigt den Schlufs, dafs die Erweiterung nicht in einer selbständigen Muskelleistung der Arterie (Exner), sondern lediglich in einer Hemmung aller vasokonstringierenden Einflüsse an dem hierfür geeignetsten Punkte des peripherischen Gefäfsganglions besteht. Denn unter dieser Annahme verstehen wir, dafs schwächere Reize eine so gewaltige Wirkung, wie die Aufhebung der Kontraktion der starken Ringmuskulatur der Hautarterien, bewirken, dafs weiter rhythmische, d. h. Zellenreize, besonders wirksam sind, und dafs endlich nach beginnender Degeneration der Vasomotoren eine noch weitere Ausdehnung erfolgen mufs, indem nun durch starke Reizung der wahrscheinlich ebenso rasch degenerierenden Hemmungsfasern gerade nur noch (zwischen dem 4. und 6. Tag beim Ischiadicus) die Hemmung (von ga) im Gefäfsganglion (g) ausgelöst werden kann.

Wir umgehen durch die für die Strecke m bis a gewählte Form des Schemas die Notwendigkeit, zwei verschiedene Nervengattungen mit zwei verschiedenen, antagonistischen Muskelapparaten für die Arterie anzunehmen, zu welcher Aufstellung an den Gefäfsen der Haut wir histologisch keine Veranlassung haben. Und wir komplizieren diese Strecke nicht unnötig, denn periphere Gefäfsganglien mit der ausgesprochenen Funktion der Hemmung müssen wir für die Hautgefäfse doch annehmen. Es ist die bekannte, von allen Experimentatoren gleichmäfsig gefundene Thatsache, dafs nach Durchtrennung aller Nervenbahnen, welche die Gefäfse mit dem Zentralorgane verbinden, sie allmählich sich wieder verengern und auch einen Tonus wieder erlangen, wenn derselbe auch nie mehr die alte Feinheit der Abstufung auf äufsere Reize und dieselbe Widerstandskraft wie früher gewinnt. Die Verengerung läfst sich bereits erklären, wenn man zwischen der passiven Muskeldehnung durch den Blutdruck und der Muskelkontraktion ein sensibles Element einschiebt, den Muskelnerv sm, welcher durch Spannung des Muskels gereizt, diesen zur Kontraktion veranlafst (auf der Bahn sm—a). Einen selbständigen und — wohlgemerkt in engeren Grenzen — regulierbaren Tonus können aber nur periphere Ganglien ausüben. Nach unserm Schema ist g erhalten und übt einen selbständigen, der Ausdehnung des Gefäfsrohres durch den Blutdruck entgegen wirkenden Einfluss auf der Bahn ga aus.

Das weitere Verhalten des vom Zentrum aus gelähmten Hautgefäfses ergibt nun — verglichen mit der Reaktion ungelähmter Gefäfse — eine Ent-

Digitized by Google

scheidung darüber, welche Bahnen für die noch übrigen wirksamen Reize mit Sicherheit anzunehmen sind.

Ostroumoff fand, dafs die Nikotinvergiftung sowie die Kohlensäureintoxikation durch Suspendierung der künstlichen Atmung (Heidenhain) nur dann reflektorische Hauthyperämie hervorruft, wenn die Gefäfsnerven unversehrt sind. Diese Reize verlaufen also in der Bahn se—m—g, wenn wir annehmen, dafs die Intoxikation von der Blutbahn selbst ausgeht, auf der Bahn m—g, wenn sie direkt das vasomotorische Zentrum angreift. Nur eine sehr starke Nikotinvergiftung erweiterte auch die zentralwärts gelähmten Gefäfse. Müssen wir deswegen nun auch eine direkte Bahn se—g annehmen? Ich glaube nicht, da sich diese Lähmung auch als direkte Giftwirkung auf a, auf die Endigung der selbständig vom Gefäfsganglion beherrschten Bahn ga auffassen läfst.

Latschenberger und Deahna[3] fanden ferner, dafs von allen Gefäfsen zentripetal Fasern verlaufen, deren Reizung in den zugehörigen Gefäfsbezirken Erweiterung herbeiführt und den durch Kontraktion der Arterien erhöhten Druck selbstregulierend wieder zu erniedrigen strebt. Dieser Vorgang schlägt ebenfalls die Bahn se—m—g ein. Die genannten Autoren, auf den Nachweis solcher „depressorischen", sensibeln Gefäfsnerven fufsend, nehmen nun per analogiam auch ähnliche sensible, aber antagonistisch wirkende, „elevatorische" Fasern an, welche bei Ausdehnung der Gefäfse durch Reizung des vasomotorischen Zentrums regulatorisch eine Verengerung herbeiführten. Auch diese gleichsam der Symmetrie halber konstruierte Nervenbahn se—m—a halte ich, da sie nicht nachgewiesen ist, für überflüssig. Dieselbe Wirkung kann man sich einfacher erzeugt denken, durch einen direkten Einfluſs der Ausdehnung des Gefäfsrohres auf in den gespannten Muskeln befindliche, sensible Nervenenden, die reflektorisch eine dem Grade der Spannung entsprechende Verengerung hervorrufen, wir brauchen also nur die schon oben zur Erklärung der Gefäfsverengerung nach Durchschneidung der Vasomotoren benutzte Bahn sm—a auch hier zur Erklärung aller jener Verengerungen herbeizuziehen, die vom Gefäfsinnern aus, ohne Zuhilfenahme der Rückenmarkszentren, erzeugt werden.

Diese Annahme nur zweier Arten sensibler Nerven in den Gefäfsen, von Endothelnerven, welche durch Druck von Seite des Blutes oder der Gefäfswand erregt, reflektorisch mittels der Rückenmarkszentren eine Erweiterung herbeiführen (Latschenberger und Deahna) und von Muskelnerven, welche durch die Ausdehnung und Spannung der

---

[3] Latschenberger und Deahna, Beiträge zur Lehre von der reflektorischen Erregung der Gefäfsmuskeln. *Pflügers Archiv*, Bd. 12. 1876. pag. 157.

Digitized by Google

Gefäfswand gereizt, rein peripherisch und direkt eine Muskelkontraktion auslösen, erklärt alle bisher gefundenen experimentellen Thatsachen und genügt auch zur Erklärung der pathologischen. Die allmähliche rhythmisch mit den Herzschlägen an- und abschwellende Druckerhöhung im arteriellen System ist der natürlichste Reiz der Hemmungsganglien (s. oben) auf der Bahn se—m—g, führt mithin Erweiterung der Arterien herbei. Die brüske und maximale Ausdehnung der Gefäfswand dagegen, welche bei arterieller Bluttransfusion eintritt, führt (auf dem Wege sm—a) zu einer so energischen, reaktiven Verengerung, dafs vollständiger Verschlufs der Arterien die Folge sein kann (Cohnheim). Die allmähliche Verengerung der Hautarterien bei sinkendem Blutdruck (s. Anämie) geschieht ohne Druck und Reizwirkung auf die sensiblen Nerven (se) und ist daher lediglich Folge des Tonus von m und g her, welcher die Spannung der Arterienwand dem verringerten Binnendruck akkommodiert. Dagegen haben Versuche von Bernstein[4] ergeben, dafs die experimentelle Erzeugung der Arterienerweiterung in hohem Mafse erleichtert wird durch eine anfängliche stärkere Verengerung, wie sie beispielsweise die Kälte herbeiführt. Eine solche Anämisierung durch Kälte häuft mithin bei normalem Blutdruck durch Kompression der Endothelnerven se eine latente Reizung für den Hemmungsnerven an, welche durch leichte, hinzukommende und sonst unwirksame Reize manifest wird. Wir sahen ja auch bereits, dafs die durch äufsere Kälte herbeigeführte Blässe an gesunder Haut sehr leicht in Hyperämie umschlägt (normale Kältereaktion), z. B. schon durch etwas gesteigerten Blutdruck bei schnellerem Gehen oder durch sensible Reize, wie schwaches Reiben der Haut; alle diese Vorgänge verlaufen demnach auf der Bahn se—m—g.

Soviel ich sehe, kommen wir den bisherigen physiologischen Versuchen gegenüber mit der Annahme sensibler Endothelnerven, die zugleich Dilatatoren, und sensibler Muskelnerven, die zugleich Kompressoren der Hautaterien sind, aus. Erstere halte ich für identisch mit den von mir und Bremer gesehenen Endothelnerven der Hautgefäfse.

Den Untersuchungen von v. Bezold[5] und von Ludwig und Thiry[6] verdanken wir die Kenntnis der Thatsache, dafs Reizung des zentralen Stumpfes sensibler Nerven Blutdrucksteigerung herbeiführt und dafs die letztere nur der Ausdruck der Kontraktion peripherer Arterien ist. Dieser Vorgang verläuft auf der Bahn h — m — a. Viel früher hatte Hei-

---

[4] Bernstein, Marchand und Schönlein, Versuche zur Innervation der Blutgefäfse. *Pflügers Archiv.* Bd. 15. 1877. pag. 575.

[5] *Untersuchungen über die Innervation des Herzens.* Leipzig. 1863.

[6] Thiry. *Sitzb. d. Wiener Akad.* Bd. 49. Abtlg. 2. 1864.

Digitized by Google

DENHAIN[7] bereits Temperatursteigerung, d. h. Gefäfserweiterung an der Haut, bei auf die sensiblen Nerven ausgeübten Reizen beobachtet, welche nach Durchschneiden der Vasomotoren ausblieb. SNELLEN und LOVEN[8] fanden weiter, dafs bei Reizung des zentralen Stumpfes des N. auricularis Erweiterung der Ohrarterie, bei Reizung des N. dorsalis pedis Erweiterung der A. saphena eintritt, also auf sensibeln Reiz eine Erweiterung der zur selben Region führende Hautarterie, ein Reflex, welcher die Bahn h—g einschlägt. GOLTZ und OSTROUMOFF sahen endlich sogar Temperaturerhöhung resp. Erweiterung der Arterien auf entgegengesetzter, aber symmetrischer Stelle nach sensibler Reizung eintreten; dieses würde einem Reiz auf der Bahn h — m — g entsprechen.

Die von der Haut durch Erregung sensibler Endorgane auf der Haut selbst wieder ausgelösten zirkulatorischen Veränderungen kommen also entweder durch direkte Verbindungen der sensiblen Nerven der Haut mit den Gefäfsganglien derselben Region zu stande, oder durch indirekte Übertragung von sensiblen Nerven der Haut mittels der vasomotorischen Zentren des Rückenmarks auf symmetrisch liegende Hautarterien. Das allergewöhnlichste Beispiel für die Erregung auf dem direkten Wege h — g gibt die Rötung der Haut, welche nach einem einfachen Striche oder Schnitte in der nächsten Umgebung rasch auftritt, um nach kurzer Zeit wieder zu verschwinden. Die durch das vasomotorische Zentrum indirekt übertragenen Reize sind meistens schwach und führen nur zur Erregung der peripheren Hemmungszentren g. Sie spielen eine grofse Rolle bei der Ausbreitung nervöser und parasitärer Dermatosen; letzterer, indem sie eine den Hautboden günstiger gestaltende Hyperämie herbeiführen. Verengerung der gesamten Hautarterien bei indirekter Übertragung sensibler Hautreize kommt dagegen, wie wir schon (unter Anämie) gesehen haben, nur bei äufsert starken Eingriffen vor; die universelle Hautanämie bildet den Vorläufer der gewöhnlich alsbald folgenden Hirnämie (Ohnmacht). Dem Einflusse sensibler Nerven auf die Hautzirkulation dienen also nur die beiden Fasergattungen h m und h g.

LUDWIG und CYON[9] fanden, dafs die Reizung eines bestimmten Herznerven beim Kaninchen sämtliche Hautarterien zur Erweiterung brachte. Es wäre bei der ungemein reichlichen Versorgung der peripheren Gefäfse

---

[7] HEIDENHAIN, Über bisher unbeachtete Einwirkungen des Nervensystems auf die Körpertemperatur und den Kreislauf. 1870. *Pflügers Archiv.* Bd. 3. pag. 504. — HEIDENHAIN und LANDAU, Erneute Beobachtungen über den Einfluss des vasomotorischen Nervensystems auf den Kreislauf und die Körpertemperatur. 1872. *Pflügers Archiv.* Bd. V. pag. 77.

[8] LOVÉN, Über die Erweiterung von Arterien infolge einer Nervenerregung. *Sitzb. d. sächs. Akad. der Wissensch.* 1866. 30. Mai.

[9] CYON und LUDWIG, die Reflexe eines der sensiblen Nerven des Herzens auf die motorischen der Blutgefäfse. *Sitzb. d. sächs. Akad. d. W.* 1866. 30. Oktbr.

Digitized by Google

mit regulatorischen Apparaten auch geradezu wunderbar, wenn von dem Zentrum des Gefäſssystems selbst, vom Herzen, kein direkter Eingriff in die Thätigkeit der Hautgefäſse möglich wäre. In dem N. depressor des Kaninchens ist auch diese Verbindung gefunden worden; das Herz entledigt sich bei wachsendem Blutdruck ebensowohl wie durch kräftigere und langsamere Kontraktionen (Vagusreizung) auch durch Parese der peripheren Gefäſse des übergroſsen Blutandranges. Die Bahn c — m in unserem Schema ist für diesen Vorgang offen.

Wir haben endlich noch einer Reizbewegung zu gedenken, welche vom Groſshirn zu den vasomotorischen Zentren führt (p — g des Schemas) und den Einfluſs psychischer Affekte auf die Zirkulation der Haut begreiflich macht. Bekanntlich ist die glatte Muskulatur der Hautgefäſse unserem Willen so wenig unterworfen, wie irgend eine andere; auch unser bewuſstes Denken hat nicht den mindesten Einfluſs auf sie. Aber bestimmte Vorstellungen, besonders Scham und Zorn erregende, können zur selben Zeit, wo sie die Schwelle des Bewuſstseins überscheiten, auch unbewuſst derart auf die vasomotorischen Zentren erregend wirken, daſs in gewissen Regionen die Hautarterien vorübergehend gelähmt werden. Die auf der hier in Betracht kommenden Bahn p — m — g verlaufenden Reize sind nur von der Stärke, um die peripheren Hemmungszentren zu erregen und auch nicht einmal universell, indem die Röte zumeist nur die Haut der Gegend des Kopfes überzieht, im Gegensatz zu der früher besprochenen universellen, durch psychische Erregungen (auf der Bahn p — m — a) hervorgerufenen Blässe.

Blicken wir nun auf unser Schema zurück, so sehen wir, daſs die Bahn m — g die wichtigste, so zu sagen die thätigste von allen ist. In m laufen eine Reihe innerer und äuſserer Erregungen beständig zusammen, um, vermehrt um die selbstständig in m auftretenden Gefäſsreize, dem Arterienrohr zugeführt zu werden. Und anstatt durch einen zweiten ebensolchen Nervenapparat mit zugehöriger Muskulatur erst in der Gefäſswand selbst sich antagonistische Muskelkräfte ausgleichen zu lassen, ist die wunderbar einfache Einrichtung getroffen, daſs alle diese Gefäſsreize, die an und für sich zur Verengerung führen müſsten, periphere Ganglien passieren, in denen sie je nach den lokalisierten Bedürfnissen der einzelnen Arterien ganz oder theilweise gehemmt werden können. Wie die ganze hinter einer Schleuse stauende Wasserkraft durch einen einzelnen Arbeiter gebändigt werden kann, so genügen ganz leichte Reize an dieser bevorzugten Stelle um alle jene tonisierenden Einflüsse von der Arterie fern zu halten und dieselbe zu lähmen. Lähmungs- oder Hemmungsvorgänge sind es daher fast sämtlich, mit denen wir es im Kapitel der Hyperämien zu thun haben. Das Eigentümliche der Hautgefäſse liegt eben in ihrem starken Tonus (z. B. gegenüber den Lungengefäſsen);

Digitized by Google

die Hyperämien, wenigstens die sog. arteriellen, sind daher ohne Ausnahme Lähmungserscheinungen. Man sieht, wie wenig passend und geradezu verwirrend der Name der „aktiven Hyperämien“ ist, welcher ihnen so oft beigelegt wird. Viel eher dürfte man die Stauungshyperämien so nennen, bei denen die Aktivität, der Tonus der Gefäfse sehr viel mehr in Betracht kommt, als ihr Name verrät. Am besten vermeidet man aber die unklaren Begriffe aktiv und passiv vollständig. Will man nicht direkt Lähmungshyperämie sagen, so halte man sich wenigstens an den guten Ausdruck: Wallungshyperämie. Dieser hat auch noch den Vorteil, einen vortrefflichen Gegensatz zu dem der Stauungshyperämie in sich zu schliefsen. Denn klinisch sind diese beiden Klassen der Hyperämien gekennzeichnet durch ihre dort hellrote, hier blaurote Farbe, anatomisch durch den dort beschleunigten, hier verlangsamten Blutstrom. Die Begriffe Wallungshyperämie und Stauungshyperämie decken daher gerade die wichtigsten äufseren Symptome.

Über die Dermatitis herpetiformis Duhrings.

Von

Dr. L. Brocq
in Paris.

(Übersetzt von Dr. Türkheim in Hamburg.)

IV. Teil.

Polymorphe, pruriginöse, recidivierende Schwangerschafts-Dermatitis (Herpes gestationis).

(Schlufs.)

Behandlung. — Dieselbe war in fast allen Fällen erfolglos, und scheint nur in wenigen Fällen Besserung bewirkt zu haben; so im Fall 3, wo die Kranke während der 4. Schwangerschaft unter lebhaftem Jucken Röte um den Nabel, an den Fingern in der Nagelgegend bekam, offenbar Symptome eines neuen Anfalls. Auf Anordnung des behandelnden Arztes, Dr. Lafforb, erhielt sie einen Aderlafs, laue Bäder, Abführmittel — und die drohenden Symptome verschwanden; der Ausschlag zeigte sich erst wieder 4 Tage nach der Entbindung. Ebenso scheint in Fall 12 die Anwendung von Chin. sulf. und Waschungen mit Liquor Picis alkalinus erfolgreich gewesen zu sein. Stanley Gale meint, man müsse den Herpes gestationis wie den Rückfalls-Pemphigus behandeln, d. h. mit Chinin und Eisen, und bei Skrofulosen mit Leberthran. Die Blasen sind aufzustechen und alsdann mit Höllenstein zu ätzen. Stanley

Digitized by Google

Gale glaubt, in den beiden von ihm berichteten Fällen durch dies Verfahren Rückfälle verhindert zu haben; das lästige Brennen wurde bei beiden Patientinnen durch Kauterisation unterdrückt. Im Fall 21 endlich scheint die tonische Behandlung mittels Chinin, Ferrum Quevenne und Acid. arsenic. die Dauer des letzten Anfalls wesentlich abgekürzt zu haben. Es ist natürlich sehr schwierig, aus diesen wenigen Angaben sichere Schlüsse zu ziehen; indessen scheinen Chinin und Arsen beim Herpes gestationis doch angezeigt zu sein. Wegen weiterer Einzelheiten verweise ich auf das bei der Dermatitis polymorpha pruriginosa Gesagte.

Natur und Pathogenese. — Zu meinem gröfsten Leidwesen fühle ich mich verpflichtet, wie bei der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica, so auch hier über diese dunkle Frage mich zu äufsern, die von fast allen Autoren gestreift wird. Ich werde hier übrigens nur das im zweiten Teil dieser Abhandlung Gesagte ergänzen.

Bulkley nimmt einen Zusammenhang an zwischen dem Herpes gestationis und den andern, bei der Schwangerschaft so gewöhnlichen nervösen und Hauterkrankungen. Nach seiner Meinung befinden sich die uterinen Nerven während dieser Zeit in einem besondern Reizzustand; Folge davon seien Genital-Pruritus, Lähmung vasomotorischer Nerven, Urticaria, Ekzema, Herpes, Pemphigus. Danach wäre der Herpes gestationis nervösen Ursprungs, und zwar eine Folge des besonderen Zustandes des schwangeren Uterus. Derselben Ansicht ist auch Liveing[1], der in dem Herpes gestationis eine Hautneurose erblickt. Alfred Wiltshire[1] macht die Bemerkung, man könne den Herpes gestationis als Analogon jener Ausschläge betrachten, die bei manchen Frauen fast regelmäfsig vor jeder Menstruationsperiode vorhergehen. Ebenso bringt er ihn mit den andern Hauterkrankungen während der Schwangerschaft, mit verschiedenen Pigmentationen, Epheliden, Akne, Herpes, Urticaria u. s. w., sowie auch mit den Schleimhauterkrankungen, wie Schnupfen, Bronchitis, Durchfall, in Verbindung. Wyndham Cottle[1] spricht sich in seiner wertvollen Arbeit in demselben Sinne aus: „Die Schwangerschaft", sagte er, „ist häufig von Neurosen begleitet, die sich auf der Haut lokalisieren; die häufigsten sind Urticaria, Erythema, Ekzema, abnorme Pigmentationen, Pruritus u. s. w. Von ähnlichen Symptomen, wenn auch in schwächerem Mafse, ist häufig die Menstruation begleitet, wo es dann zur Bildung von Akne, Urticaria, Pigmentationen und Schleimhauterkrankungen kommt. Solche Betrachtungen führen dazu, den Herpes gestationis als eine von uteriner Reizung abhängige Neurose anzusehen. Die ersten, geringfügigen Symptome bestehen in Pruritus und neuralgischen Schmerzen. Der nervöse Reiz nimmt dann zu, und es treten Urticaria, Papeln, Erythema papulosum, schliefslich auch Vesikeln auf, wenn der Nervenreiz eine genügende Stärke erreicht." (Wyndham Cottle.)

Gegen alles das läfst sich nichts einwenden. Die Beziehungen zwischen verschiedenen Hautkrankheiten und den Menstruationsstörungen sind zur Genüge bekannt. Rayer[2] hat schon vor längerer Zeit eine Beobachtung von Pemphigus veröffentlicht, der aus vereinzelten Blasen und aus solchen Gruppen bestand, die dem Herpes phlyctaenoides ähnlich sehen, und der bei einer 42jährigen Frau nach plötzlicher Suppressio mensium auftrat. Der Ausschlag heilte völlig nach Wiederkehr der Regel. Wagner[3]

---

[1] a. a. O.

[2] Rayer, *Traité pratique et théorique des Maladies de la Peau.* Bd. I. pag. 291. Beob. 28. 1835.

[3] Wagner, Fälle von menstrualem Erysipel. *Allgem. Med. Central-Ztg.* 1878. 23. Nov.

Digitized by Google

L. Joseph[4], J. Schramm[5] u. s. w. haben Fälle von Erysipel, Exanthem, Erythema polymorphum papulosum et vesiculosum, Urticaria, Ekzema in Verbindung mit Menstruationsstörungen mitgeteilt. Ich will hier nur noch den einen Fall von W. A. Duncan[6] anführen, wo ein 24jähriges Mädchen nach plötzlicher Unterdrückung der Regeln zweimal an einem schmerzhaften und heftigen Anfall von klein- bis mittelblasigem Pemphigus erkrankte; der Ausschlag war ziemlich symmetrisch über das Gebiet des N. medianus und Nerv. cubit. verbreitet, was auf den nervösen Ursprung des Leidens zu deuten scheint.[7] Wir haben aufserdem auch schon gesehen, dafs viele erythemato-bullöse, pruriginöse Ausschläge, die unter verschiedenen Aufschriften, namentlich aber als Pemphigus und Hydroa veröffentlicht wurden, in unmittelbarer Beziehung zu Menstruationsstörungen stehen und wahre Bindeglieder zwischen der Dermatitis polymorpha pruriginosa und dem Herpes gestationis bilden.

Bei letzterem Leiden deuten die schon im Beginn so ausgesprochenen nervösen Symptome, wie Schmerzen und besonders Pruritus, Hitze und Brennen, die lange Zeit die einzigen Krankheitsäufserungen bleiben können, der Verlust der Nägel, der in einem Fall beobachtet wurde, das Gefühl von Schwäche, über das die Kranken bisweilen klagen, das ziemlich häufige Vorkommen von Urticaria neben andern Ausschlagselementen, die Höhe und die Regelmäfsigkeit des Schmerzes u. s. w. — alle diese Symptome deuten darauf hin, dafs das Nervensystem ergriffen ist und dafs, wie die angeführten Autoren sich äufsern, der Herpes gestationis als Hautneurose aufzufassen sei, die ihren Ursprung einer Uterusstörung verdankt. Wie aber will man dann seinen Übergang in die chronische Form, seine Rückfälle erklären, wenn die Frau nicht mehr schwanger ist? Gewifs könnte man entgegnen, dafs das Nervensystem nach so vielen Erschütterungen Veränderungen eingegangen ist und nur schwer wieder zu seinem Normalzustand zurückkehrt, oder dafs der Uterus einen beständig wirkenden Reiz abgibt. Aber mit diesen bloßen Vermutungen vermag ich mich nicht zufrieden zu geben.

Den Herpes gestationis unter die infektiösen Hautkrankheiten einzureihen, halte ich nicht für gut angängig. Bekanntlich haben ja neuere Arbeiten den Rahmen des Erythema polymorphum wesentlich erweitert und fast alle bullösen, schnell verlaufenden Krankheiten dahin verwiesen; man hat diese Dermatose auch als eruptives Fieber auf bakterieller Grundlage aufgefafst.[8] In der Arbeit von Molènes-Mahon, die in diesem Geiste abgefafst ist, wird der Fall von Köbner (Beob. 9) unter dem Erythema pemphigoides febrile polymorphum aufgeführt. Ich meine nun aber, dafs gründliche bakterielle Untersuchungen nötig sind, ehe eine solche Annahme berechtigt ist. Gewifs kommen auch Ausschläge infektiöser Natur vor, die während des Puerperiums sich entwickeln und die einen Anfall von Herpes gestationis vortäuschen können. Brieger[9] spricht in seinem Aufsatz über Erythema bei Infektionskrankheiten von einer Wöchnerin, die gleichzeitig Erythema- und Pemphigus Blasen hatte;

---

[4] L. Joseph (von Landeck), Beziehungen der Dermatosen zu den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. *Berl. klin. Wochenschr.* 1879. No. 37.

[5] J. Schramm, Fälle von menstrualen Exanthemen und Urticaria, geheilt durch Blutentziehungen am Collum Uteri. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1878. No. 42.)

[6] W. A. Duncan, Fall von Pemphigus pruriginosus infolge von Suppressio mensium. *The Lancet.* 1881. 8. Jan.

[7] Näheres hierüber findet sich in den Untersuchungen Lewins über die Pathogenese des Erythema polymorphum und in der These von Leloir über die Hautkrankheiten nervösen Ursprungs. pag. 92. Beob. 24. 1880.

[8] Vergl. die vortreffliche Arbeit über Erythema polymorphum: *Beitrag zum Studium der Infektionskrankheiten*, von P. de Molènes-Mahon. Paris 1884.

[9] Brieger, *Charité-Annalen.* Jahrg. 9. pag. 115.

Digitized by Google

in den Blasen fand er zwei Arten von Bakterien, die einen waren ebenso grofs, wie lang, kettenförmig angeordnet und wurden ohne jede Wirkung auf Meerschweinchen überimpft; die andern hingegen waren viermal so lang wie breit und erzeugten, auf Meerschweinchen überimpft, metastatische Abscesse und Eiterungen an den Einstichstellen. Aber die Kranke litt an Puerperalfieber! In keinem einzigen meiner 22 Fälle findet sich diese Komplikation verzeichnet; vielmehr blieb das Allgemeinbefinden, wie schon früher bemerkt, im ganzen immer recht befriedigend. Aufserdem beginnt der Ausschlag sehr häufig schon während der Schwangerschaft, wenn er sich auch in fast allen Fällen nach der Entbindung merklich verschlimmert, und es sind nicht etwa die Symptome einer Allgemeininfektion, die das Krankheitsbild zusammensetzen, sondern vielmehr Symptome von Reizung des Nervensystems.

Schlufsergebnis. — Fassen wir nun nochmals die Haupteigenschaften des Herpes gestationis zusammen, so haben wir:

1. Seine unverkennbaren Beziehungen zu Schwangerschaft und Entbindung; es ist aber vielleicht möglich, dafs nach mehreren aufeinanderfolgenden und mit einer Schwangerschaft zusammentreffenden Anfällen der Ausschlag auch während schwangerschaftsfreier Zeiten weiterbesteht.

2. Seine grofse Neigung zu recidivieren und sich mit jeder neuen Schwangerschaft in bezug auf Dauer, Ausdehnung, Zahl und Natur der einzelnen Elemente zu verschlimmern; jedoch können einzelne Schwangerschaften auch ohne Ausschlag verlaufen.

3. Sein Beginn an den Extremitäten, zumal an den Händen und Armen, bisweilen auch am Nabel.

4. Seine Polymorphie; denn bei schwächern Graden besteht der Ausschlag aus Erythemen, aus erythematösen Plaques oder Papeln; in stärkerem Mafs aus vereinzelten oder gruppierten Vesikeln; dazu können sich dann noch bei heftigerem Auftreten verschieden grofse, durchscheinende oder opalisierende Blasen gesellen; endlich finden sich auch noch Kratzspuren und Pigmentationen.

5. Seine Heftigkeit und die Regelmäfsigkeit der subjektiven Symptome, wie Pruritus, Brennen und Stechen.

6. Sein Auftreten entweder am 4. bis 5. Tag nach der Entbindung, oder noch häufiger in den sechs letzten Schwangerschaftsmonaten; in letzterem Falle kommt es aber fast immer einige Tage nach der Entbindung zu einem Rückfall oder einer merklichen Verschlimmerung.

7. Seine Neigung, wenn er chronisch wird, anfallsweise, fast immer mit Pruritus, Brennen und Stechen, und manchmal sogar unter Fieber zu verlaufen.

8. Endlich das Ungestörtbleiben des Allgemeinbefindens und des Appetits, wiewohl die Kranken in einigen Fällen allerdings matt und selbst hinfällig wurden.

Diagnose. — Jetzt dürfte es endlich angebracht erscheinen, die Beziehungen des Herpes gestationis zu den verschiedenen Dermatosen, mit denen er verwechselt wurde, zu erörtern.

Ein Irrtum ist fast allen begegnet, die sich mit unserm Leiden beschäftigt haben: sie haben es mit der Impetigo herpetiformis Hebra entweder einfach identifiziert, oder doch wenigstens in nahe Verwandtschaft gebracht. Nur Kaposi hat scharf unterschieden. In der letzten Ausgabe seiner *Vorlesungen über Hautkrankheiten* (1887) widmet er dem Impetigo herpetiformis eine besondere Schilderung; bei der Besprechung des Pemphigus schreibt er dann, dafs der Pemphigus häufig bei Hysterischen auftritt und durch Anomalien des weiblichen Geschlechts-

Digitized by Google

lebens bedingt sei; bei einzelnen wiederhole sich die Krankheit während jeder Schwangerschaft und sei mit Bulkleys Herpes gestationis identisch.

Wer nur mit einiger Aufmerksamkeit die Schilderungen, die ich vom Herpes gestationis und der Impetigo herpetiformis gegeben habe, miteinander vergleicht, wird finden, dafs beide Dermatosen nur eine gemeinsame Eigenschaft haben, die nämlich, dafs sie bei Schwangeren und Wöchnerinnen auftreten. Die Impetigo herpetiformis fängt in der Gegend der Plica inguinalis, des Nabels, der Brüste oder der Achselhöhlen an; besteht von vornherein aus oberflächlichen, miliaren Pusteln, die kreisförmig um eine zentrale Borke angeordnet sind, und der Ausschlag behält während der ganzen Dauer des Leidens das nämliche Aussehen; das Fieber ist aufserdem heftig, das Allgemeinbefinden liegt darnieder, der Tod ist der gewöhnliche Ausgang. Der Herpes gestationis dagegen beginnt an den Extremitäten, namentlich an den Armen, kündigt sich durch unerträgliches Jucken an, ist ein polymorpher Ausschlag (nur dafs die Blasen selten vereitern), zieht den übrigen Organismus nicht in Mitleidenschaft und verläuft stets günstig. Ich brauche wohl bei dieser Differentialdiagnose nicht länger zu verweilen, die Unterschiede sind zu grofs, als dafs ein Zweifel möglich wäre. Herpes gestationis und Impetigo herpetiformis sind zwei grundverschiedene Schwangerschaftskrankheiten und haben nichts miteinander gemein.

Wir kommen jetzt zum heikelsten Punkt der ganzen Frage: Duhring verweist den Herpes gestationis unter seine Dermatitis herpetiformis, mit deren Varietas vesiculosa et bullosa er ihn identifiziert.[10] Müfste ich ihn also auch mit meiner Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica à poussées successives gleichstellen?

Mein berühmter Kollege in Philadelphia hat sich in den Abschnitten, die diesen Gegenstand behandeln, begnügt, eine genaue Beschreibung der Varietas vesiculosa seiner Dermatitis herpetiformis zu geben und hat dann weiter die Arbeiten von Wilson, Milton, Bulkley, Beverhout Thompson, Liveing, Cottle, Gale, Walter G. Smith, R. J. W. Oswald herangezogen. Diese Fälle dürfe man, meint er, nicht weiter als Herpes gestationis bezeichnen, da der Ausschlag ja auch bei Männern beobachtet werde und zuweilen ganz andre Elemente als Vesikeln darbiete. Prüft man nun die Ausschlagselemente des Herpes gestationis, so ist es ganz unverkennbar, dafs sie die gröfste Ähnlichkeit mit denen der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica haben. Bei beiden Formen ist der Ausschlag polymorph; bei beiden ist er sehr häufig in den ersten Anfällen besonders erythematös und papulös; bei beiden findet man nach völliger Entwickelung erythematöse, papulöse, Urticaria-Elemente, ferner vereinzelte oder gruppierte auf rotem Grunde stehende Vesikeln, verschieden umfangreiche, meistens durchscheinende, doch auch zuweilen opalisierende, auf rotem Grunde oder der gesunden Haut aufsitzende Blasen. Hier aber stofsen wir auf den ersten Unterschied zwischen beiden Formen; denn beim Herpes gestationis wird der Blaseninhalt, wie das auch schon Duhring aufgefallen ist, nur selten eiterig; kaum dafs er sich in einzelnen Fällen trübt, und niemals scheint es hier zu primärer Pustelbildung zu kommen. Letzteres ist nun freilich auch nicht immer bei der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica der Fall, und wo hier Pusteln vorhanden sind, da zeigen sich doch auch gleichzeitig, oder zu andern Zeiten vesikulöse und

---

[10] Vergl. Duhring, Vorläufige Mitteilung über die Beziehungen der Dermatitis herpetiformis zum Herpes gestationis und andern ähnlichen Ausschlagsformen. *The Medical News.* 1884. 22. Nov. Die Beziehungen des Herpes der Schwangerschaft und einiger Krankheiten zur Dermatitis herpetiformis. *The Medikal News.* 1875. 17. Okt.

Digitized by Google

bullöse Schübe. — Bei beiden Formen ist der Ausschlag desgleichen symmetrisch und befällt mit Vorliebe die Extremitäten.

Auch die subjektiven Symptome sind beim Herpes gestationis die nämlichen wie bei der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica. Möglich, dafs sie bei den Schwangeren etwas heftiger auftreten; ihrer vielfach geschilderten Natur nach sind sie bei beiden Formen identisch und melden die einzelnen Anfälle bald an, bald begleiten sie dieselben. Endlich wird auch das Allgemeinbefinden bei beiden Formen nur wenig verändert, zumal der Appetit ist trotz des zuweilen vorhandenen Fiebers nicht geschwächt.

Es bestehen also zwischen beiden Formen grofse Analogien, und man kann Duhring nur dankbar sein, auf dieselben hingewiesen zu haben. Aber es sind doch auch Unterschiede vorhanden: das wesentliche Merkmal des Herpes gestationis besteht in seinem Auftreten während der Schwangerschaft, und es besteht da sicher ein ursächlicher Zusammenhang, eine Wirkung des schwangeren Uterus, da der Ausschlag sich nur während Schwangerschaft und Puerperium zeigt. Nun scheint sich allerdings das Leiden in den drei früher besprochenen Fällen nach mehreren durch Gravidität bedingten Schüben unabhängig von fernerer Schwangerschaft selbständig weiter entwickelt zu haben. Damit ist freilich die Möglichkeit eines Übergangs in die chronische Form noch nicht sicher bewiesen. Ich will das aber einmal annehmen. Auf den ersten Blick scheint es, würde damit noch ein neues Band zwischen dem Herpes gestationis und der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica hergestellt, welch letztere sich ja bekanntlich unabhängig von Schwangerschaft entwickelt. Jedoch bei weiterer Prüfung findet man noch mehr Unterschiede. Wenn nämlich der Herpes gestationis auch wirklich chronisch wird, so geschieht das doch nie von vornherein, sondern immer erst nach einer Reihe von Schüben, die bei früheren Schwangerschaften aufgetreten waren. Es macht dann den Eindruck, wie ich das schon vorhin auseinandergesetzt habe, als ob der vom Uterus bewirkte Reizzustand, der anfangs zur Entstehung der Dermatose notwendig ist, nach jedem Anfall ausgesprochener wird, so dafs zuletzt auch das Verschwinden der Ursache, die Schwangerschaft nämlich, ihn nicht mehr ganz zu beseitigen vermag. Bis es aber so weit ist, sind lange Zeiten vollständiger Gesundheit voraufgegangen. Nichts dergleichen bei der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica; wo sie bei Frauen auftritt, da erscheint sie meistens gleich in ihrer vollen Wucht; der erste Schub mag bisweilen vielleicht nur erythemato-papulös sein, bald aber ändert sie dann ihr Aussehen, und es folgt nun Anfall auf Anfall. Allerdings sind die ersten Anfälle (vgl. Beob. 8) zuweilen durch Zeiten völliger Gesundheit voneinander getrennt, aber das ist sicher nur die Ausnahme. Aufserdem unterliegt hier der Ausschlag nicht einer gleichmäfsig fortschreitenden, allmählichen Verschlimmerung wie beim Herpes gestationes, vielmehr gibt es in dieser Hinsicht nichts Gesetzloseres als den Verlauf der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica.

Nun könnte man wohl einwerfen, dafs die D. p. p. aus vielfachen Ursachen entstände, dafs sie demnach also auch, da die subjektiven und objektiven Symptome bei ihr die nämlichen wie beim Herpes gestationis seien, im Verlauf einer Schwangerschaft und infolge derselben auftreten könne. Darauf ist dann aber zu erwidern, dafs beide Krankheiten doch nicht gleichmäfsig zu verlaufen scheinen. Zugegeben auch, dafs eine Dermatose, die so sehr durch die Schwangerschaft bedingt ist, wie der Herpes gestationes, auch bei einer nicht Schwangern aufzutreten vermag, da doch auch diese einen Uterus besitzt, der vielleicht irgendwie anders gereizt ist, so könnte man einen derartigen, durch uterine Störungen verursachten Herpes gestationes doch nur sehr bedingungsweise mit einem andern Ausschlag identifizieren, der wohl das

Digitized by Google

nämliche Aussehen darbietet, aber auch bei Männern ohne jede geschlechtliche Erkrankung auftritt.

Des weitern aber wird bei Frauen, die an Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica erkrankt sind, der Ausschlag durch eine hinzukommende Schwangerschaft nicht nur nicht verschlimmert, sondern sogar zum Stillstand gebracht (Beob. IV). Freilich hat dieser eine Fall noch nicht genügend Beweiskraft.

Es scheint sich bei Personen, die an Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica erkrankt sind, unter noch nicht genau erforschten Bedingungen eine dauernde Störung des Nervensystems herausbilden zu können, ähnlich, wie sie sich vorübergehend bei schwangeren Frauen entwickelt. Die Wirkung ist fast die nämliche, wenn auch die Ursachen grundverschieden sein mögen.

Demgemäfs komme ich zu dem Ergebnis, dafs der Herpes gestationis der Dermatitis polymorpha pruriginosa nahe verwandt ist. Dieselben Ausschlagselemente finden sich neben denselben funktionellen Störungen, und es ist Duhrings unbestreitbares Verdienst, auf diese Analogien zuerst hingewiesen zu haben. Nur, meine ich, müfsten wir den Herpes gestationis besonders gruppieren, ihm wenigstens seinen besondern Namen lassen, wegen seiner ihm eigenen Entwickelung, Ätiologie und Pathogenese. Im ganzen also, sieht man, weiche ich in diesem Punkt nur wenig von den Ansichten meines gelehrten Kollegen in Philadelphia ab.

Wie sollen wir die Krankheit benennen? — Ich habe nur noch eine kurze Bemerkung über die Bezeichnung des Herpes gestationis hinzuzufügen.[11] Keiner der vorgeschlagenen Namen scheint mir passend. Das Wort Herpes gestationis (Milton) halte ich für schlecht gewählt, denn der Ausschlag hat keineswegs immer den Charakter eines Herpes. Gegen den Ausdruck Hydroa gestationis (Liveing) läfst sich einwenden, dafs wir das Wort Hydroa für den Herpes Iris Bateman nötig haben; und Erythema gestationis (Wyndham, Cottle) scheint ebenso wenig das richtige zu treffen, denn wenn das Erythem auch nimmer vorhanden, so ist es doch nicht das einzige Element.

Konsequenterweise, meine ich, müfsten wir den Ausschlag recidivierende Dermatitis polymorpha pruriginosa graviditatis nennen; Dermatitis, weil dieser allgemeine Begriff einen entzündlichen Vorgang in der Haut bezeichnet, und weiter nichts; polymorph oder multiformis: denn das ist die hervorstechendste Eigenschaft des Ausschlags; pruriginosa: weil die funktionellen Störungen wie Jucken, Brennen u. s. w. so ausgesprochen, so regelmäfsig und so charakteristisch sind; recidivierend: weil die Rückfälle, die mit jedem weitern Kind schlimmer werden, ebenfalls so bezeichnend sind; Graviditatis endlich: weil dieser Zustand die Pathogenese des Ausschlags zu beherrschen scheint.

Diese Bezeichnung hat noch den weitern Vorteil, dafs sie auf die nahen Beziehungen hinweist, die zwischen dieser Krankheit und den im 2. und 3. Teil der vorliegenden Arbeit behandelten Formen besteht.

Aber ich habe nicht die Anmafsung, diesen Namen aufzwingen zu wollen; er ist auch viel zu lang, um sich einzubürgern. Es genügt, wenn man nur immer daran denken wolle, dafs Herpes gestationis nosologisch recidivierende Dermatitis polymorpha pruriginosa graviditatis bedeutet!

[11] Vergl. Teil I. dieser Arbeit. Kap. V.

Digitized by Google

Referate.

Über Vergiftung durch gefärbte Textilfasern, von Dr. Th. Weyl. (Nach einem in der Berl. Med. Gesellsch. am 22. Mai gehaltenen Vortrag.) Die Beobachtungen des Vortragenden beziehen sich auf eine Reihe von Fällen, in denen es teils gelang, das Agens, durch welches die Vergiftung hervorgerufen war, aufzufinden, die anderenteils dagegen dunkel blieben. Zu ersterer Reihe gehören eine Anzahl von Vergiftungsfällen, die Garnwicklerinnen von einer Lyoner Fabrik betrafen; in diesem Garn konnte Vortragender chromsaures Blei nachweisen. Mit Bleichromat gefärbten Bindfaden fand er auch in einer hiesigen Sattlerwerkstatt. In einem andern Falle war die angebliche Ursache der Vergiftung eine rote Trikottaille. In dem Stoffe, mit welchem Kragen und Manschetten derselben gefüttert waren, konnte Vortragender Safranin nachweisen, ein Teerfarbstoff, der in grofsen Mengen, namentlich in Frankreich, Italien und Ungarn zum Rotfärben von Likör verwandt wird; bei uns werden vielfach Kleiderstoffe damit gefärbt. Ob das Safranin die Ursache der Hauterkrankung in dem betreffenden Falle war, läfst Verf. unentschieden. Von besonderem Interesse ist folgender Fall: Eine Frau suchte ärztliche Hilfe auf, die mit Schmerzen in beiden Füfsen, ödematöser Anschwellung der Unterschenkel mit entzündlicher Rötung, die sich bis zum Knie erstreckte, erkrankt war. Exkoriationen bestanden nicht. Pat. hatte am 22. neue Strümpfe angezogen, die sie auch am 23. und 24. trug; am letzteren Tage traten die Beschwerden auf, die mit Weglassen der Strümpfe wieder nachliefsen. Die Wolle, aus denen die Strümpfe gefertigt waren, war mit indigosulfosaurem Natron, einem durchaus ungiftigen Stoffe, gefärbt. Wurde die Wolle kurz mit Wasser befeuchtet, so nahm letzteres intensiv saure Reaktion an, und es konnten grofse Mengen freier Schwefelsäure in demselben nachgewiesen werden, die jedenfalls beim Färben als Beize gedient hatte. Vielleicht ist hierin der Grund für die krankhaften Erscheinungen zu suchen. Dieser Fall, sowie weitere Erfahrungen des Vortragenden weisen auf die Notwendigkeit hin, wollene und baumwollene Stoffe vor der Benutzung gehörig auszukochen.

Bei der Diskussion erwähnt Herr Lassar, dafs er bei solchen Personen, die neugekaufte Trikottaillen getragen hatten, auffallend häufig Pityriasis rosea beobachtet hatte. Eine Patientin zeigte eine grofse Disposition für solche Hautaffektionen und hatte schon früher einmal durch das Tragen einer aus metallischen Fäden gewebten Halskrause eine eigentümliche Dunkelfärbung der ganzen Halsgegend davongetragen.

Herr Blaschko beschreibt einen Fall von Vergiftung mit Chrysoidin.

L. Hoffmann-Berlin.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Zirkulationsstörungen.

Urticaria nach Morbilli. Vier Fälle, von Dr. S. Róna. (*Orvosi Hetilap.* 1889. No. 14.) In einer Familie erkrankten 6 Kinder (im Alter von 20 Monaten bis 10 Jahren) an Morbilli. Drei bis vier Wochen nach dem Anfange der Krankheit traten bei 4 Individuen Urticariaquaddeln und zwar in Form von Lichen urticatus auf, welche in immer neuen und neuen Attacken die Pat. ca. 7—8 Wochen behelligten. Die Kinder hatten weder früher noch später einen Ausschlag gehabt. Die Quaddeln lokalisierten sich meistenteils an den Extremitäten, auch am Stamm und Gesicht sah

Digitized by Google

man vereinzelte Effloreszenzen. Der ganze Prozefs täuschte eine anfangende Prurigo mitis vor. *Róna-Budapest.*

Über Pellagra, von Dr. Alex. Takács, Prim. in Nagy-Somkút. (*Orvosi Hetilap*, No. 17.) F. veröffentlicht fünf zweifelhafte Fälle von Pellagra, welche er unter den sich mit Mais erhaltenden Rumänen im Komitate Szilágyság zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit hatte.

Hierauf macht Dr. S. Róna (*Orvosi Hetilap*. No. 18) unter **Einige Worte zur Pellagrafrage in Ungarn** folgende Bemerkungen:

Die Pellagra betreffend sind wir hier in Ungarn noch im Stadium der Vorstudien, trotzdem schon aus andern Gegenden (untere Donaugegend) Berichte über Pellagraerkrankungen gekommen sind; ja es gibt auch für Pellagra einen volkstümlichen ungarischen Namen: **„Die schwarzgelbe Krankheit."** Diesen Namen, sowie die ersten Fälle haben im Jahre 1883 aus der Bukowina nach Ungarn in die untere Donaugegend repatriierte Csángó mitgebracht. Diese Daten verdanken wir dem Koloniearzt Dr. A. Major, welcher darüber 1888 im *Orvosi Hetilap* einige Mitteilungen veröffentlichte. Dr. Alföldi machte auf Majors Veranlassung hin Dr. Róna folgende Mitteilung: „Als im Jahre 1883 die Csángós sich hier ansiedelten, beobachtete ich in den Monaten Mai, Juni, Juli im Barackenspitale unter ihnen 6 mal Erkrankungen, welche ich nach dem Ausschlage und sonstigen Symptomen zu urteilen für Pellagra halten mufste. Alle sechs waren Csángófrauen. An beiden oberen Extremitäten bis zu den Schultern, insbesondere aber an den Händen und Füfsen, überhaupt an den Teilen, welche unbedeckt bleiben, fand sich ein Erythem vor, welches ein Brennen verursachte und hier und da auch im Gesicht erschien. Die Farbe des Ausschlags war blafsrot bis kupferbraun, und dort, wo die Haut abschuppte, blieb sie kupferbraun. Die allgemeinen Symptome waren: Mattigkeit (ohne Fieber), Verdauungsstörungen, Schwindel und Kopfschmerz, in einem Falle Halluzinationen. Sämtliche Pat. waren im Alter von 30—50 Jahren und alle gaben an, dafs dieser Ausschlag schon seit mehreren Jahren jeden Sommer erscheint und nach mehrwöchentlicher Dauer verschwindet, um nächstes Jahr wieder zu kommen. Die Csángós leben in der Bukowina ausschliefslich von gekochtem Maismehl (ohne Salz und Fett). Andre Fälle kamen unter den Csángós nicht vor."

So viel war dem Dr. Róna bis vor den Fällen des oben citierten Dr. Takács bekannt. R. hielt es für notwendig, diese Daten zu veröffentlichen, auf dafs, angesichts der Wichtigkeit der Frage, sich die ungarischen Landärzte bemühen werden, die Krankheiten der sich mit Mais erhaltenden Bevölkerung zu studieren und durch exakte, detaillierte fachgemäfse Schilderung der eventuell vorkommenden Fälle die Pallagrafrage in Ungarn zu klären verhelfen.

Gleich in der zweitnächsten Nummer des *Orvosi Hetilap* (No. 20) veröffentlicht Prof. Schwimmer eine kleine Dissertation: „Zur Pellagrafrage in Ungarn." Er bespricht im allgemeinen die Pellagra und hält die Fälle von Takács nicht für Pellagra, sondern spricht seine individuelle Meinung dahin aus, dafs diese neue Krankheitsform in Ungarn einbürgern zu lassen ganz und gar überflüssig sei. *Róna-Budapest.*

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Ein Fall von Lepra, von Dr. Hallopeau (*Gazette des Hôpitaux*. 1888.) Die Beobachtung von H. bezieht sich auf einen jungen Mann, welcher 4 Jahre nach seiner

Digitized by Google

Rückkehr aus Guadeloupe (im Jahre 1883) von Lepra befallen wurde. Gesicht, Mund, Kehlkopf wurden 1888 davon ergriffen. Anfang 1888 konstatierte man in der rechten Lungenspitze die Zeichen einer Tuberkulose, welcher er nach 9 Monaten erlag. Die Diagnose wurde durch die Autopsie bestätigt. Diese Lepra, über welche Lancereaux dem Conseil public d'hygiène et de salubrité de la Seine berichtet hat, soll nach dessen Ansicht wahrscheinlich nicht hereditär sein, da die Eltern nicht leprös zu sein scheinen. *Tavernier-Lille.*

(Übersetzt von Dr. L. Philippsohn-Hamburg.)

Welche sollte die Stellung der Staatsgesundheitsbehörden der Lepra gegenüber sein? von Benjamin Lee. (*The Cincinninati Lancet-Clinic* 1888. pag. 797—800.) Dr. Lee beginnt seine Abhandlung mit einigen allgemeinen Behauptungen, z. B. dafs durch geeignete Behandlung die vernichtenden Zerstörungen jener Krankheit, welche namhaft zu machen eine Schande ist (Syphilis (?!), aufgehalten werden können, dafs das Messer den keimenden Krebs herausschneiden, dafs die Tuberkulose gehemmt werden kann, dafs aber kein Mittel existiert, durch das man die Lepra heilen könne. Er erklärt, es sei diese Krankheit von jeher unheilbar (sic!) gewesen; sie sei immer ein kontagiöses (?) und immer ein infektiöses Leiden gewesen. Er behauptet, die Zweifel, welche man in diesem Lande betreffs der Kontagiosität hegt, seien auf dreierlei Ursachen zurückzuführen, nämlich:

1. darauf, dafs das Kontagium zwar sicher aber aufserordentlich langsam seine Wirkung äufsert.

2. Der Keim (!) entwickelt sich bei niedriger Temperatur langsamer als bei hoher.

3. Die Krankheiten machen einen Kreislauf durch. Jetzt befinden wir uns in einer Zeitperiode verminderter Intensität des Leprakeims.

Zum Schlufs stellt er folgende Folgerungen auf, die sich an die Ergebnisse der von der California State Medical Society ernannten Kommission anschliefsen[1]:

1. Dafs eine strenge Quarantäne gegen Lepra eingeführt werden soll, und dafs alle Leprakranke, welche hier einzuwandern versuchen, in ihre Heimat wieder zurückgeschickt werden sollen.

2. Die hier ansässigen oder die im Lande erkrankenden Fälle sollen schärfstens isoliert werden.

3. Es ist ungemein wünschenswert, dafs völlig getrennte Hospitäler für solche Fälle eingerichtet werden.

4. Es sollen die Leichen der an Lepra Verstorbenen im Crematorium oder mit Kalk verbrannt werden; ihre persönlichen Besitztümer sollen mit kräftigen Desinfizientien behandelt oder im Feuer vernichtet werden.

[Diese Abhandlung enthält nichts, das nicht schon von früheren Autoren über den Gegenstand zuvor gesagt worden wäre. Der vierte der obigen Beschlüsse stützt sich auf Dr. Arnings Entdeckung, dafs man Leprabacillen in den Leichen toter Leprakranker noch Monate nach deren Beerdigung vorfindet.]

Ohmann-Dumesnil-St. Louis.

Klinischer Vortrag über Lepra, von James H. Dunn. (*Northwestern Lancet.* St. Paul. March. 1. 1888. pag. 57—60.) Krankengeschichte: Patient war ein

---

[1] Dieser Vortrag wurde vor der National-Conference der Staatsgesundheitsbehörde gehalten.

Digitized by Google

36jähriger Mann aus Norwegen. Hat seit 9 Jahren an Lepra gelitten. Hereditäre Belastung liegt nicht vor. In seiner Heimat waren viele Leprakranke. Patient ist verheiratet und hat 3 Kinder, von denen das älteste 14 und das jüngste 7 Jahre alt ist. Gesicht, Ohren, Hände und Füfse hauptsächlich affiziert. Rumpf und Extremitäten ebenfalls befallen. Larynx auch erkrankt; seit einigen Monaten Diarrhöe. Es sind Tuberkel und Plaques vorhanden; letztere sind glänzend, von schmutzig bräunlichroter oder bronce Farbe. Konjunktiven nicht affiziert. Knötchen entwickeln sich plötzlich, vergehen langsam und hinterlassen braune Flecke; von anderen bleiben atrophische Narben zurück. Die unteren Extremitäten sind von Lepra mutilans befallen. Es besteht ferner Ulcerationsbildung an den Hornhäuten; das eine Auge ist total zerstört, das andere hat beträchtlich gelitten. An den Extremitäten ist auch Anästhesie vorhanden.

Bei der mikroskopischen Untersuchung findet der Verf. nur wenige Bacillen von $^1/_3$ bis $^1/_2$ der Länge des Durchmessers eines roten Blutkörperchens.

Mit Bezug auf die Frage nach der Kontagiosität erklärt D., dafs nach den uns zu Gebote stehenden Beobachtungen man den Eindruck hat, dafs die Lepra unter gewissen, nicht weiter erforschten Umständen sich als eine infektiöse, vielleicht auch kontagiöse Krankheit dokumentiert. Allerdings glaubt er auch, dafs in Ländern, wo Lepra nicht epidemisch auftritt, die Infektionsgefahr eine geringere ist, und die Isolierung deswegen unnötig. Es sei ebenso grausam Leprakranke zu isolieren, wie etwa einen Phthisiker.

D. gibt ein ziemlich genaues Resümé über die Ätiologie und Therapie der Krankheit, ohne indes etwas wesentlich Neues hinzuzufügen.

Ohmann-Dumesnil-St. Louis.

Ein Fall von Lepra, von David Powell. (*Sacramento Medical Times.* März 1888. pag. 114—115.) Ein sehr kurzer Bericht über einen in Marysville (Kalifornien) beobachteten Fall. Der Patient, ein 60jähriger Mulatte, hat seit 1852 in Kalifornien gelebt. Die ersten Zeichen von Lepra wurden in der zweiten Hälfte des Jahres 1884 (Oktob.) beobachtet. Auf dem rechten Arm, später auf dem Rumpf und den Extremitäten traten kleine, wenig erhabene, mattrote Flecke hervor. Geringe Hyperästhesie, aber keine Schmerzen. Im Juli 1887 kamen scharf markierte tuberöse Erhebungen auf dem Gesicht, dem Rumpf, den Armen und Beinen zum Vorschein. Dieselben hatten eine Gröfse, die zwischen derjenigen einer kleinen Erbse und einer grofsen Haselnufs schwankte, waren platt und hart anzufühlen; die Farbe war gelblichrot. Diese Läsionen sind in reichlicher Anzahl auf der Stirn, den Augenbrauen, Wangen, Ohren, Lippen und der Nase vorhanden. Die Lippen sind verdickt, die Ohren stehen ab, die Nase ist verbreitert, es besteht Facies leonina. Etwas Juckreiz und geringe Empfindlichkeit, aber keine Schmerzen aufser bei Druck. Dabei besteht ausgesprochene Hyperthrophie der gesamten Hautoberfläche mit dicker Faltenbildung an der Haut, besonders am Halse und in der Nähe der Gelenke. Die Anamnese ergibt keine syphilitische Infektion.

[Dieser Fall bietet hauptsächlich insofern Interesse dar, als der Patient niemals in fremden Ländern gewesen ist. Er ist seit 30 Jahren nicht über die Grenzen von Kalifornien hinausgekommen und hat seit den letzten 17 Jahren Marysville niemals verlassen. Es ist zu bedauern. dafs Dr. P. nicht eingehendere Nachfrage betreffs der Möglichkeit einer Infektion angestellt hat. Es gibt viele Leprakranke in Kalifornien, namentlich an der Küste des Stillen Ozeans, und es ist denkbar, dafs der Patient mit einigen derselben in Berührung gekommen sein mag.]

Ohmann-Dumesnil-St. Louis.

Digitized by Google

Über Lepra auf den Hawaiinseln, von HENRY GOULDEN M' GREW. (*American Lancet.* Detroit. 1888. pag. 161.) Die Autoritäten früherer Zeiten berichten, dafs die Krankheit von den Chinesen nach Hawai (und den Inseln des Hawai-Archipels) eingeschleppt wurde, weshalb die Eingeborenen von Hawai sie „Mai Paké" oder chinesische Krankheit nannten.

In der Leprakolonie (die seit 1865 besteht) gibt es ungefähr 800 bis 1000 Fälle der Krankheit in allen Formen und Stadien in vollständiger Abgeschlossenheit von der übrigen Menschheit.

1. Jeder Arzt auf Hawai, der über die Krankheit Erfahrungen besitzt, erklärt dieselbe für kontagiös. Allerdings gibt es manche Individuen, welche derselben gegenüber immun sind, wie aus den folgenden Fällen hervorgeht:

Fall I. M. X., Wärter an der Lepraniederlassung, ist vier mal verheiratet gewesen, alle seine Kinder sind an Lepra gestorben, und obgleich er selbst 10 Jahre lang in fortwährender Berührung mit Leprakranken gelebt hat, so ist er trotzdem noch ganz gesund und ohne irgend welche Symptome der Krankheit.

Fall II. Die Wäscherin an der Lepraniederlassung ist zweimal verheiratet gewesen, hat seit 17 Jahren die gebrauchte Wäsche der schwersten Fälle gewaschen, hat Leprakranke in ihrem Hause bei sich wohnen gehabt, und doch ist sie noch jetzt völlig gesund.

2. Die Krankheit ist zweifelsohne erblich, doch pflanzt sie sich nicht ausschliefslich auf diese Weise fort, wie aus folgenden Betrachtungen hervorgeht:

a. Sterilität ist bei den Leprakranken häufiger als Fertilität.

b. Die Mehrzahl der Nachkommen von Leprakranken sind totgeboren oder sie sterben bald nach der Geburt.

c. Viele Deszendenten notorischer Leprakranken haben ihr ganzes Leben lang keine Symptome des Leidens entwickelt, obgleich die hereditäre Disposition aller Wahrscheinlichkeit nach bei ihnen vorhanden war.

3. Ein gewichtiger Beweisgrund für die Einimpfbarkeit der Lepra ist darin gegeben, dafs das Impfen ohne genügende Unterscheidung zweifelsohne eine Ursache der Weiterverbreitung der Krankheit auf Hawai abgegeben hat, allerdings bis zur Einführung der animalen Lymphe.

4. Was die Heilbarkeit der Affektion betrifft, so gibt M' G. zwar zu, dafs dieselbe beeinflufst werden und anscheinend zum Stillstand gebracht werden könne, dagegen glaubt er, dafs trotz aller Bemühungen das unvermeidliche Resultat der frühzeitige Exitus letalis ist. *Ohmann-Dumesnil-St. Louis.*

Lepra in New Orleans, von HENRY W. BLANC. (*New Orleans Medical und Surgical Journal.* 1888. pag. 165—185. 247—275. 327—348. Mit vier lithographischen Tafeln.) B. gibt die Details von 42 Fällen, welche während der letzen 5 Jahre unter Beobachtung gewesen sind. Die Fälle 12, 13, 15, 19, 21, 22, 27, 34, 36, 37 und 38 wurden erst im Jahre 1888 beobachtet. An einem vom Rande eines Geschwürs (Fall 32) auf dem Oberschenkel entnommenen Hautschnitt fand sich das Gewebe „mit Leprabacillen vollgestopft." Bei einem andern Fall (No. 17) „enthielt das von der Zehe entnommene Gewebe nachweisbar den Bacillus leprae."

B. findet, dafs das Chalmoograöl immerhin das beste Mittel ist, das er bisher versucht habe.

B. empfiehlt wegen der Zunahme der Lepra und wegen ihrer Kontagiosität die völlige und dauernde Isolierung der Leprösen. Ferner empfiehlt er die Einrichtung eines Lazaretts aufserhalb der Stadt mit angrenzender Ackerwirtschaft.

Einige wenige Fälle sind auf hereditäre Übertragung zurückzuführen, die Mehr-

Digitized by Google

zahl jedoch gibt in dieser Beziehung ein völlig negatives Resultat. Die Berichte über die Frau (No. 31), welche die Leiche eines an Lepra Verstorbenen abwusch, während sie „Wunden an den Händen hatte", und über den Engländer (No. 35), welcher einen Leprakranken pflegte, trotzdem er zur Zeit einen wunden Daumen hatte, „deuten sehr überzeugend nach der Richtung der Inokulation."

Ohmann-Dumesnil-St. Louis.

Lepra. Details einiger im Otter Tail District (Minnesota) vorgekommen Fälle. Nach dem *Fergus Falls Daily Journal* in der *Minnesota Medical Monthly* berichtet. (*Minneapolis.* 1888 pag. 1.)

Fall No. I. Christopher Kjono, 45 Jahre alt, wohnhaft in Wilkin County, Minnesota, gebürtig aus Norwegen, Fischer. Vater ist gesund, Frau und ein Bruder an Lepra gestorben. Die ersten Spuren traten im 18ten Lebensjahr auf in Form von Knötchen an den Augenbrauen. Nachher verschwanden dieselben, und es stellte sich Ausfallen der Brauen ein. Wurde im staatlichen Lepraspital zu Trondhjem aufgenommen. Mit 30 Jahren wanderte er geheilt nach Amerika aus in Begleitung seiner Frau, welche in geringem Grade ebenfalls mit Lepra behaftet war. Sie starb im Jahre 1885. Schnitt- oder Rifswunden an diesem Patienten zeigten niemals Neigung zum Heilen. Die Nase abgeplattet, Mund eingesunken, Gesicht und Kopf ohne Haare. Facies leonina. Zähne und Gaumen zerstört, desgleichen die Finger bis zum dritten Glied.

Seine zwei Brüder und deren Familien erfreuen sich guter Gesundheit, ein verstorbener Bruder erlag mit 20 Jahren der Krankheit.

Fall No. II. Bjorsen Sjeldrup wohnt in Otter Tail County, Minnesota, ist Fischer und stammt aus Bergen. Mit 18 Jahren erkrankte er an Lepra, die rapide Fortschritte machte. Seine Frau ist gesund. Sie haben ein Kind, jetzt noch im Säuglingsalter.

Im Jahre 1885 verlor Hans Nelson aus Otter Tail Connty seine Frau an Lepra. Drei Kinder, welche sie nach dem deutlichen Ausbruch der Krankheit geboren hatte, sind sämtlich von derselben völlig frei geblieben.

In Wisconsin lebte ein Mann, welcher 40 Jahre lang mit Lepra behaftet war, aber trotzdem er während der ganzen Zeit ohne irgend welche Einschränkung mit seinen Nachbarn verkehrte, war keinem einzigen irgend ein Nachteil dadurch entstanden.

[Wegen der Unvollständigkeit des Beweises sind diese Fälle von untergeordneter Bedeutung. Die Mitteilungen über dieselben erschienen in dem Tageblatt eines kleinen Landstädchens, und der Verfasserer ist noch dazu über medizinische Angelegenheiten durchaus nicht unterrichtet.] *Ohmann-Dumesnil-St. Louis.*

Über einen Fall von autochthoner Lepra, von A. H. Ohmann-Dumesnil. (*St. Louis Medical and Surgical Journal.* Vol. LIV. 1888. pag. 270—275. Autorreferat.)

Krankengeschichte: Frau S., 25 Jahre alt, verheiratet, in Amerika geboren. Keine hereditäre Belastung. Vater noch am Leben. War stets gesund. Im Jahre 1881 mit 19 Jahren verheiratet. Gebar mit 20 Jahren ein Kind, im 23. Lebensjahre ein zweites weiblichen Geschlechts; dasselbe ist jetzt noch am Leben. Drei Monate nach der Geburt des ersten Kindes fing sie an „geschwollen" zu sein, und „Knoten" wie Quaddeln (Urticaria) traten auf der Haut, an den Händen, Gesicht, Ohren und Rumpf auf. 1882 schwoll der ganze Körper an, und ähnliche Zustände stellten sich in den folgenden Jahren 1883, 1884, 1885 und 1886 ein. Jeder Anfall dauerte ungefähr 3 Wochen.

O.-D. sah die Patientin zuerst im April 1887. Sie hatte hohes Fiebes, Ödem der Extremitäten und des Gesichts; dabei war der ganze Körper von einem makulösen

Digitized by Google

Ausschlag bedeckt, welcher von bräunlicher Farbe mit hellerem Zentrum war. Es bestand aufserdem noch Brennen und Jucken an der Haut.

Status praesens: Brünette abgemagerte Frau. Gesichtshaut fühlt sich wie Sammet an, trocken, verdickt, auch an der Haut der Ohrmuscheln ähnliches Verhalten. Nase verbreitert, dicke Falten im Gesicht, die Oberlippe verdickt, auch die Hände und Füfse befallen.

Das Gesicht, Hals, Ohren und ein Teil der Kopfhaut anästhetisch. Desgleichen das ganze vom Ulnarnerven versorgte Gebiet auf beiden Seiten sowie ein Teil des Fufsrückens beiderseits. Dieser Zustand hatte seit 1883 bestanden. Häufig verbrannte sich die Patientin die Hände, ohne es zu merken. Sie starb plötzlich am 29. Juni 1887. Autopsie wurde nicht gestattet.

Dieser Fall ist hauptsächlich deshalb interessant, weil er der erste von dieser Krankheit ist, der im Staate Missourie vorgekommen ist, und auch weil die Patientin niemals in einer Lepragegend sich aufgehalten hat. Ich persönlich halte Lepra nicht für kontagiös, ebenso wenig wie Syphilis oder Tuberkulose und zwar aus denselben Gründen. Das Leiden ist ein infektiöses und ein aufimpfbares. Der pathogene Bacillus mufs, um die Krankheit hervorzurufen, aus dem ihn beherbergenden Wirte befreit und auf das andere Individuum übergeführt werden.

Bericht über drei Leprafälle, von A. VAN HARLINGEN. (*Poliklinik*, Phila. 1887—1888. pag. 341—346. *Medical and Surgical Reporter*. Phila. 1887. pag. 609 bis 613. Mitgeteilt in der Sitzung der Philadelphie County Medical Society. 12. Oktober 1887.)

Fall 1. — Lepra anaesthetica mäfsigen Grades. Frau R. ist aus Cuba gebürtig und war nur wenige Monate in den Vereinigten Staaten gewesen. Sie war eine korpulente, pastöse Person im Alter von ca. 50 Jahren.

Bis zum Jahre 1882 stets gesund. Alsdann plötzlicher Anfall von Schwindel und Kollaps, worauf sich allgemeines Geschwollensein, namentlich aber des Kopfes, der Arme und des Rumpfes, einstellte. Bald nachher fingen Maculae sich zu entwickeln an; dieselben traten zunächst an den Vorderarmen, später auch an andern Stellen auf. Diese Stellen waren zuerst von bräunlich-roter Farbe, sie nahmen allmählich an Gröfse zu, wurden ringförmig, indem im Zentrum ein gleichsam abgestorbenes, weifses Gebiet zurückblieb. Diese Läsionen flossen bei weiterem Wachstum zusammen.

Am Gesicht, dem Hals, den Schultern, dem Rücken, Beugefläche der Arme und Beine ein lepröser Ausschlag. Einige spärliche Läsionen auch an den Füfsen. Die Affektion bestand aus Maculae und makulösen Papeln; die Stellen waren scharf umschrieben, erhaben, von schmutzig rötlich-brauner Farbe, glatt und nicht schuppig. Die kleineren Läsionen waren papulös und gegen Nadelstiche deutlich empfindlich. Die gröfseren Stellen, bei denen das Zentrum eingesunken, platt und weifs war, liefsen an diesen zentralen Teilen einen anästhetischen Zustand erkennen. Die Ränder der Ohren waren verdickt, die Nase verbreitert. Hände mit tuberösen Gebilden bedeckt und hochgradig anästhetisch.

Der Zustand besserte sich bei Behandlung mit Extr. nuc. vomic. und Chinin. Photophobie; in der Nähe der Iris hat sich ein kleiner Tuberkel gebildet.

Im Januar 1886 befand sich die Patientin in einem verschlimmerten Zustand. Facies leonina. Die Maculae auf den Armen war weifs und anästhetisch geworden, dazu waren neue Flecke und Infiltrationsstellen am Gesicht hervorgetreten; die Füfse ebenfalls affiziert; Finger geschwollen, cylindrisch, klauenförmig; Zustand der Augen auch verschlimmert; Stimme heiser. Sie entzog sich der ferneren Beobachtung.

Digitized by Google

Fall 2. — Gemischte tuberöse und anästhesierende Lepra mäfsigen Grades mit Augenerscheinungen. 40jährige Frau, aus Pennsylvanien, stammt von deutschen Eltern ab. War stets gesund gewesen. Hatte sich mit 17 Jahren mit einem Brasilianer verheiratet, lebte 10 Jahre mit ihrem Gatten in Philadelphia, wo sie zwei, noch jetzt gesunde, Kinder gebar. Im Jahre 1873 siedelte sie nach Brasilien über, wo sie ein drittes Kind (Fall 3) gebar. Im Jahre 1884 machte sie eine Reise auf dem Amazonenstrom und speiste mit einigen der Eingeborenen zusammen. Die ganze Gesellschaft wurde infolge der sonderbaren Speisen krank. 15 Tage später erkrankte der Gatte an Beri-Beri und starb nach wenigen Wochen daran. Ungefähr um dieselbe Zeit bemerkte Patientin die ersten allgemeinen Symptome und auch das Auftreten weifslich gefärbter Flecke im Gesicht. Letztere verschwanden wieder, worauf sich eine Vermehrung des Pigments einstellte. Es bildeten sich ferner Bläschen auf den Fufssohlen, sowie Borken oder Schuppen an den Fufsrändern, nach deren Abfallen Geschwüre zurückblieben; dieselben heilten aber spontan, ebenso wie die Bläschen. Die Zehennägel waren ebenfalls affiziert; Ausfallen der Haare. Kam im Jahre 1886 in H.s Behandlung. Facies leonina. Ohrmuscheln kolossal und mifsgestaltet. Braune Flecke und anästhetische Stellen an den Schultern und Armen. Hände teigig, Finger verdickt und cylindrisch. Erhielt Extr. nuc. vomic. und Chinin.

3. Dezember 1886. Die Krankheit hat weitere Fortschritte gemacht. Zunge verdickt mit tiefen Fissuren bei platter, graulicher, brettartiger Oberfläche. Etwas Trübung an der Cornea und mehrere ausgesprochene Knötchen leprösen Gewebes am Rande der Iris.

Fall 3. — Exquisite, hochgradige, anästhetische Lepra in den Anfangsstadien. Patientin ist die Tochter des Falles 2, 12½ Jahre alt. Die Krankheit stellte sich zur selben Zeit wie bei der Mutter ein. Es trat zuerst ein himbeerfarbener serpiginöser Ausschlag am Gesicht auf, der einem Erythema multiforme ähnlich war. Nur wenige Stellen zeigten Anästhesie. Auch an Rumpf und Extremitäten serpiginöse Stellen. Die Läsionen zeigten ein eingesunkenes, weifsliches Zentrum und bräunlich rote erhabene Ränder. An den unteren Extremitäten waren alle Stellen anästhetisch; sie umfafsten grofse, unregelmäfsig gestaltete Gebiete. Pat. erhielt ebenfalls Extr. nuc. vomic. und Chinin. Später daneben auch Natron salicylic.

Beim Herannahen des Winters trat vorübergehendes Schwinden der Kraft an den unteren Extremitäten auf, Gesichtsaffektion wurde tuberös. Anästhetische Gebiete deutlicher gekennzeichnet, namentlich im Bereich der Nervi ulnares. Tauberwerden an Händen und Fingern; allmählich wurden die Finger, namentlich der Ringfinger und die kleinen Finger krumm und fast völlig unbeweglich (mains en griffe). Am Herzen Mitralgeräusch nachgewiesen. Es stellte sich Chorea ein, doch verschwanden diese Erscheinungen innerhalb drei Monaten bei Arsenik und Extr. Conii. Die Lepra ist seitdem stetig fortgeschritten. Die Ulnarnerven sind wie kleine Stricke und auf Berührung sehr empfindlich.

H. kommt zu dem Schlusse, dafs er wie auch die Mehrzahl der Forscher die Lepra thatsächlich für kontagiös halten mufs; nur wirkt das Kontagium langsam und auf unsichere Weise. *Ohmann-Dumesnil-St. Louis.*

Über einen **Fall von Lepra,** von Bransford Lewis. (*The weekly Medical Review.* St. Louis. Vol. XVII. 1888. No. 25. pag. 676—677.) 28jähriger Chinese, Wäschereiarbeiter, unverheiratet, hatte niemals mit Leprakranken verkehrt. Kam 1874 nach den Vereinigten Staaten und blieb 2 Monate in Kalifornien (nur eine

Digitized by Google

kurze Strecke von San Franzisco entfernt). Darauf siedelte er nach St. Louis über, wo er 4 Jahre blieb. Alsdann hielt er sich 2 Jahre in China auf und kehrte dann nach St. Louis zurück. Die Krankheit trat zuerst hervor im Jahre 1882, als er in St. Louis war.

Sie zeigte sich zuerst auf der Dorsalseite der grofsen Zehe in Gestalt einer kleinen Papel. Diese Papel schien bald zu verschwinden, bald kehrte sie wieder, aber bei jedem Wiederkehren war sie gröfser als zuvor. Ungefähr um dieselbe Zeit fingen die Muskeln des rechten Daumens an atrophisch zu werden, und es stellte sich ein Ausschlag auf dem rechten Vorderarm ein.

Derselbe verursachte keinerlei Beschwerden aufser am rechten Vorderarm, wo einige tagelang ein unerträgliches Jucken bestand. Beim Aufhören desselben wurde die Stelle anästhetisch.

Aufnahme im Pocken-Krankenhaus im März 1888.

Die Flecke sind glatt, im Zentrum abgeblafst und anästhetisch. Die Ulnarseite ist an beiden Händen anästhetisch, die Radialseite nur zum Teil. Ausgesprochene Atrophie des Thenar und der Interossei beiderseits.

[Ich hatte Gelegenheit, diesen Patienten, als er 1888 bei bedeutend gebessertem Allgemeinbefinden nach China zurückgeschickt wurde, zu untersuchen. Die Ulnarnerven waren deutlich vergröfsert, auch fanden sich auf der rechten Hand, sowie auf dem Skrotum und dem unteren Teil der Beine einige Ulcerationen.]

Ohmann-Dumesnil-St. Louis.

Anästhetische Lepra; Ulcus perforans; Nervendehnung; Gangrän des Fufses; Amputation; Heilung mit konsekutivem, häufigem Ekzema und Diarrhöe, von Beaven Rake. (*St. Louis Medical and Surgical Journal.* 1888. Vol. LIV. pag. 337—339.) Krankengeschichte: Hinduh, 49 Jahre alt, wurde 1886 im Leprahospital auf Trinidad aufgenommen wegen einer seit 3 Jahren bestehenden anästhetischen Lepra. Die Heilung machte gute Fortschritte bis 1886; alsdann stellten sich Fieber und Schmerzen im rechten Fufs ein, die die Vorläufer zweier perforierenden Geschwüre der Fufssohle waren. Am 1. Januar 1887 wurde zu dem einen derselben eine Gegenöffnung auf dem Fufsrücken gemacht. Da die Schmerzen und das Fieber fortbestanden, wurde die Dehnung des rechten Ischiadicus vorgenommen an der Stelle hinter dem Trochanter maior. Zugleich wurden auch einige Inzisionen gemacht, und im Laufe einer Woche wurde das gangränöse Ende der Zehe entfernt. Die grofse Zehe und die drei folgenden mufsten 6 Tage später ebenfalls wegen Gangrän abgetragen werden. Dennoch bestand die Schwellung an den Füfsen fort, und die Gangrän nahm sogar noch zu, so dafs sich abgestorbenes Gewebe noch fortwährend ablöste. Am 27. Januar wurde die Amputation des Unterschenkels im untern Drittel ausgeführt. Die Untersuchung des Fufses ergab Intaktsein des Fufsgelenks, dagegen hochgradige Schwellung des N. tibialis posticus; die einzelnen Fasern waren voneinander durch gelatinös aussehende Massen getrennt. Temperatur 39.8°. Vom 9. Januar 1888 an waren die Fortschritte befriedigend. Der Stumpf war am 28. März definitiv geheilt. Die medizinische Behandlung bestand in der Darreichung von Chinin und Opium.

Bei diesem Falle sind drei Punkte bemerkenswert:

1. Dafs die Nervendehnung so wenig Nutzen brachte, war nicht zu verwundern, wenn man den Zustand des Nervus tibialis posticus in Betracht zieht.

2. Das schnelle Heilen des Stumpfes, trotzdem die Amputation in anästhetischem Gewebe ausgeführt wurde, ist auffällig. Überhaupt ist die Schnelligkeit der Heilung nach Operationen an leprösem Gewebe sehr beachtenswert. R. hat (im

Digitized by Google

Brit. Med. Journ. 7. März. 1887. pag. 484) auch andre ähnliche Fälle schon beschrieben, sowie einen Fall von erfolgreicher Kataraktextraktion an einem irrsinnigen Leprakranken (*Lancet.* 25. September. 1886. pag. 581).

3. Auffallend ist schliefslich das wiederholte Auftreten von Ekzem und Diarrhöe nach dem Abheilen des Amputationsstumpfes. R. hat verschiedene andre undeutliche Symptome als Folgezustände der Abheilung lepröser Geschwüre beobachtet. Er scheint, als ob bei diesem Kranken ein fortwährendes Abdrainieren entweder durch die Haut oder aus dem Darm ein Desideratum war. Deswegen erscheint es auch fraglich, ob es stets angezeigt sei, langbestandene Geschwüre oder Ekzeme zum Heilen zu bringen. Bei Lepra wenigstens scheinen solche Kuren nicht ohne Gefahren zu sein.

Mikroskopische Untersuchungen sind nicht mitgeteilt.

Ohmann-Dumesnil-St. Louis.

Lepra, von Masanao Goto. (Aus dem *Sei-J-Kwai medizinischen Journal.* Tôkiô. Mai 1888. pag. 83—102.) Diese dem Cooper Medical College in San Franzisco eingereichte Inauguraldissertation gibt ein ausführliches Resumé über den Gegenstand. Als spezifische Behandlung der Lepra empfiehlt G. eine japanische Mixtur, Sei-Kets-ren und Yoku-yaku genannt. Das Sei-Kets-ren besteht aus drei Teilen Tai-fushi-Öl mit 6 Teilen Hichiyo-Pulver und einem Teil Kalium. Die Dosis ist 7—10 g dreimal täglich (3SS bis 3ISS).

Yoku-yaku besteht aus den Samen des Tai-fushi, Hichiyo-Rinde, Kalium, Natrium, Schwefel und Kamillen; dasselbe wird zu 75,0 g dem 2—3 mal täglich zu nehmenden Bade zugesetzt.

Gegen tuberöse, makulöse und nässende Lepra wird das Hichiyo-Dekokt gegeben, gegen lepröse Neuralgie Morphium etc. Gegen lepröse Ulcerationen feuchtwarme Umschläge mit Hichiyo.

H. hat auf Hawai mit der hier skizzierten Therapie eine Anzahl Kuren vorgenommen, jedoch ohne grofsen Erfolg. Das Mifslingen schreibt er grofsenteils der Gleichgültigkeit der Leprakranken gegen hygieinische Mafsregeln zu. Von zehn auf dieselbe Weise behandelten weifsen Kranken wurden drei geheilt, vier beinahe geheilt, drei mehr oder weniger gebessert.

Im allgemeinen gilt als Regel, dafs bei dieser Behandlungsweise sich die weiblichen Kranken schneller erholen als die männlichen; die Kranken im frühen Mannesalter schneller als Kinder oder alte Leute. Je reiner die weifse Rasse am Patienten vorhanden ist, desto schneller erholt er sich.

Ohmann-Dumesnil-St. Louis.

Cashewöl (Akajanufsöl) **bei Lepra,** von R. H. Bakewell. (Brief an Pater Damien. *Sacramento Medical Times.* 1888. pag. 537.) B. empfiehlt das Akajanufsöl (Elephantenlaus) äufserlich zu gebrauchen bei Lepra tuberosa sowohl als auch anaesthetica. Bei letzterer Form soll auch tägliches Galvanisieren in Anwendung kommen. B. behauptet auf diese Weise viele Fälle während der Anfangsstadien in Aukland auf Neu-Seeland kuriert zu haben. *Ohmann-Dumesnil-St. Louis.*

Bemerkungen.

Mit Bezug auf obige Referate wünschte ich auf einige Punkte in der amerikanischen Litteratur über Lepra vom Jahre 1888 aufmerksam zu machen. Zunächst ist nichts Neues in bezug auf die pathalogische Anatomie, Ätiologie, Therapie oder Prophylaxis dieser Krankheit zutage gefördert worden. Eine Anzahl interessanter Fälle ist publiziert worden, aus denen man schliefsen kann, dafs Patienten kaukasi-

Digitized by Google

scher Rasse die Krankheit in Gegenden, wo dieselbe bekanntermafsen vorkommt, acquiriert haben. Einige dieser Fälle sind vom Ausland eingewandert. Ferner scheint es, dafs die Neger oder solche Individuen, welche eine Beimischung von Negerblut in den Adern haben, für die Infektion leichter empfänglich sind als die rein weifsen.

Man hat keinen Grund anzunehmen, dafs das Leiden in diesem Lande im Zunehmen begriffen sei. Zwar werden heutzutage mehr Fälle als früher publiziert, jedoch ist dieser Umstand darauf zurückzuführen, dafs die Affektion jetzt leichter erkannt wird, und dafs die Ärzte jetzt weniger Bedenken tragen, die Behörden über solche Vorkommnisse in Kenntnis zu setzen. Im ganzen besteht keine Ursache die Alarmglocke zu ziehen, obgleich es natürlich geboten ist alle notwendigen Vorkehrungen gegen die Ausbreitung der Infektion zu treffen.

Ohmann-Dumesnil-St. Louis.

Lepra und deren Einfluſs auf die Luftwege, von Sir Morell Mackenzie. (*Journal of Laryngology.* 1888. II. pag. 2—8.) Der Rachen ist bei der makulösen Form der Lepra selten oder niemals befallen, dagegen wohl immer früher oder später bei der Lepra tuberosa. Der Aditus ad laryngem wird nur so ganz allmählich stenosiert, dafs die Dyspnöe selten hochgradig wird.

Glottisödem ist nicht sehr ungewöhnlich. Das Fortschreiten des Leidens ist etwas weniger chronisch als an der Haut und tritt ruckweise auf. Die Teile, welche am frühesten ergriffen zu werden pflegen, sind die Follikel an der Zungenwurzel und im Pharynx. Die Schleimhaut des Mundes und des Rachens nehmen, wenn sie befallen werden, ein glänzendes, blafsgelbes, verdicktes Aussehen an, als ob diese Teile mit Talg imprägniert worden wären. Die an diesen Teilen sich entwickelnden Geschwüre sind mehr oder weniger kreisförmig, mit unebenen und meistenteils trockenem Grund, kleinen, schwachen, schmutzig-grau gefärbten Granulationen. Die Ränder überragen die umgebende Schleimhaut nicht. Heilung tritt „der Regel nach" schliefslich ein unter Entwickelung von Adhäsionen an die benachbarten Teile, gewöhnlich an den weichen Gaumen. Die Uvula ist bald vergröfsert, bald geschwürig zerfallen, so dafs blofs ein Rudiment zurück bleibt. Die Epiglottis ist gewöhnlich in auffallendem Mafse befallen — zeigt unregelmäfsige Verdickungen.

Gelegentlich befällt die Lepra auch die Trachea und Bronchien und auch (obschon sehr selten) die Lungen. Die Stimme wird „heiser", „nasal" und „rauh." Der Ösophagus ist „niemals affiziert" (Mackenzie).

Die Nase leidet in hohem Grade sowohl äufserlich als auch innerlich, wobei als eins der ersten Symptome Verstopfung derselben eintritt. Häufig stellt sich auch Epistaxis ein. Perforation des Septum tritt später ein. Der allgemeinen Regel nach wird wenig über Schmerzen geklagt — in einigen Fällen findet sich etwas Anästhesie.

Pathologische Anatomie (Masini in Genua 1884. Thin in London 1884). Die Veränderungen finden sich hauptsächlich im submukösen Gewebe, 1. als Infiltration, 2. Ödem, 3. Hypertrophie des Bindegewebes. Das Epithel ist in der Regel normal, desgleichen das Knorpelgewebe. Das Hauptcharakteristikum besteht in Anhäufungen von Zellen (Leukocyten), welche Leprabacillen enthalten. *H. Leslie Roberts-London.*

Bericht über Kulturversuche mit Bacillus leprae, von Beaven Rake. (*Breit. Med. Journal.* 1888. II. pag 215.) Resumé:

1. „Bei tropischer Temperatur ist mir nicht gelungen den Leprabacillus auf den gewöhnlichen Nährboden zu züchten."

Digitized by Google

2. „Bei allen bisher untersuchten Tieren habe ich weder irgend ein lokales Wachstum noch eine allgemeine Verbreitung des Bacillus nach dem Einimpfen finden können, weder unter der Haut noch in der Bauchhöhle, noch in der vorderen Augenkammer. Versuche mit Verfütterung lepröser Gewebe haben auch nur negative Resultate ergeben."

3. „Ich habe kein Wachsen des Bacillus leprae beobachtet, wenn derselbe in faulige Flüssigkeiten eingebracht wurde oder in die Erde vergraben wurde."

H. Leslie Roberts-London.

Leprabacillen, von Beaven Rake. (*Trans. Path. Soc. Lond.* 1887. Vol. XXXVIII. pag. 439.) Verfasser komprimierte einen Lepratuberkel bei Lebzeiten an einem Patienten, und indem er das gespannte Gewebe anstach und den ausgedrückten Saft auf ein Deckglas verstrich, erhielt er Präparate von Leprazellen, die er mit Fuchsin und Methylenblau färbte. Die Präparate zeigten ein so enges Anliegen der Bacillen an den Kernen, dafs man wohl berechtigt ist zu glauben, dafs sie in den Zellen eingebettet waren. *H. Leslie Roberts-London.*

Fall von Lepra tuberosa, von Beaven Rake. (*Brit. Med. Journal.* 1888. II. pag. 422.) Dauer 3 Jahre. Tod nach vier Monaten und drei Wochen. Gesicht und Ohren hauptsächlich befallen. Impfung vorgenommen, im Anschlufs daran akute Lepra mit starkem Ödem und Anämie. Nach dem Tode wurde Ankylostomum duodenale in der oberen Hälfte des Jejunum vorgefunden. Santonin war gegeben worden mit dem Ergebnis eines Temperaturabfalls von 40,2° auf 37,5°. Es bestand daneben miliare Tuberkulose der Eingeweide. *H. Leslie Roberts-London.*

Über die Behandlung der Lepra tuberosa mittels Exzision, von Beaven Rake. (*Brit. Med. Journal.* 1888. I. pag. 1214.) Bericht über zwei Fälle von wuchernden Knötchen am Gesicht. Dieselben wurden mit dem Messer oder der Schere exzidiert und die Wundfläche mit Acidum carbolic. glaciale bepinselt; dabei Arsenik innerlich dargereicht. Es bildeten sich feste Narben. *H. Leslie Roberts-London.*

Nervendehnung bei Lepra, von Mitra. Obgleich bei dem einen oder anderen Falle sichtbare Besserung nach der Nervendehnung bei Lepra eintrat, so gewährt doch bei der Mehrzahl der Fälle dieses Verfahren keine Linderung. Verf. hat wiederholt Dehnung des Ischiadicus vorgenommen, doch sind die dadurch erziehlten Resultate sehr wenig ermutigend. *H. Leslie Roberts-London.*

Synopsis von Dr. Rakes Versuchen mit Nervendehnung bei Lepra. (vide *Brit. Med. Journal.* 1888. II. pag. 1373.)

	L. tuberosa		L. anaesth.		Gemischt		Summa
Gesamtsumme aller Fälle	M.	W.	M.	W.	M.	W.	
	7	5	57	7	22	2	100
Summe der operierten Fälle	3	3	36	4	13	1	60

Digitized by Google

Bezeichnung der gedehnten Nerven	L. tuberosa		L. anaesth.		Gemischt		Summa
Ischiadicus	—	1	17	2	6	—	26
Popliteus extern.	—	—	7	1	3	—	11
Medianus	3	3	22	3	7	2	40
Ulnaris am Ellbogen	3	1	8	1	5	—	18
Ulnaris am Handgelenk	1	—	2	—	1	—	4
Supraorbitalis	—	—	1	—	—	—	1
							100

Indikationen für die Operation							
Ulcerationen	—	3	21	4	10	—	38
Schmerzen	—	—	7	—	2	—	9
Anästhesie	2	—	27	3	1	—	33
Knötchenbildung	5	2	—	—	9	2	18
Nekrose	—	—	2	—	—	—	2
							100

Resultate der Operation							
Besserung	—	3	30	4	10	—	47
Keine Besserung	7	2	24	3	11	2	49
Zweifelhaft	—	—	3	—	1	—	4
							100

Digitized by Google

Zustand der bloſsgelegten Nerven	L. tuberosa		L. anaesth.		Gemischt		Summa
Geschwollen	5	3	27	1	10	2	48
Nicht geschwollen	—	2	18	5	9	—	34
Nicht notiert	2	—	12	1	3	—	18
							100

Bemerkungen über den Wert der Nervendehnung bei Lepra auf Grund von 100 Fällen, von Berven Rake. (*Brit. Med. Journal.* 1888. pag. 1373.) Obige Beobachtungen berechtigen zu folgenden Schlüssen:

1. Der N. ischiadicus ist am besten geeignet für diese Operation, da derselbe den spinalen Ganglien am nächsten gelegen ist, und auch weil er zur Versorgung des ganzen Beines und Fuſses und der Rückseite der Hüfte dient.

2. Die Hauptindikationen zur Operation sind bei Ulcus perforans, einigen Fällen von Nekrose und Schmerzen, mögen dieselben mit perforierendem Ulcus oder mit peripherer Neuritis ohne Geschwüre verbunden sein, gegeben.

H. Leslie Roberts-London.

Einige Bemerkungen über die Verhütung der Lepra mittels Isolierung, von H. V. Carter. Es lassen sich bei den Leprakranken in Norwegen zwei Arten unterscheiden, 1. die Hospitalskranken und 2. die in häuslicher Pflege befindlichen Patienten. Die von Hansen dem Direktor des Departements für Lepra in Norwegen alle fünf Jahre publizierte Statistik läſst eine fortschreitende Abnahme der Lepra in diesem Lande erkennen.

Am Anfang des Jahres 1856 gab es nachgewiesenermaſsen 2863 Leprakranke in Norwegen. Dagegen gab es Anfangs 1880

in Hospitälern 617
in häuslicher Pflege 965 } = 1582 Leprakranke.

Ferner wurde festgestellt, daſs zu Ende der Jahre 1880 resp. 1885 von Leprakranken sich in häuslicher Pflege befanden 1880:

Männer	Frauen	Summa
520	418	938

Im Jahre 1885:

Männer	Frauen	Summa
354	291	645

Die Abnahme an zuhause verpflegten Leprakranken im Jahre 1885 im Vergleich mit dem Jahre 1880 betrug:

Männlich	Weiblich	Summa
166	127	293

oder in Prozent ausdrückt:

31,92%	30,33%	31,24%

Demnach existieren fast um ein drittel weniger häuslich verpflegte Leprakranke im Lande am Ende als am Anfang der fünf Jahre.

Im Jahre 1856 betrug die Anzahl der zuhause verpflegten Leprösen: 2628
Im Jahre 1885 „ „ „ „ „ „ „ „ 645

Digitized by Google

oder mit anderen Worten, es fand im Laufe von 29 Jahren eine Verminderung um 25% statt, und es ist auch diese Abnahme im Laufe der letzten 20 Jahre allmählich immer weiter fortgeschritten.

Auf welche Weise findet das Umsichgreifen der Lepra statt? Hierüber stehen sich zwei Hauptansichten gegenüber:

1. durch hereditäre Übertragung;
2. durch Kontagium.

Die alten norwegischen Ärzte bekannten sich zu der ersteren Ansicht und empfahlen die Isolierung nach dem Geschlecht als hinreichend wirksam, um die Weiterverbreitung des Leidens zu verhüten.

Dagegen vertritt der jetzige Vorsteher des Lepradepartements die zweite Auffassung und empfiehlt die Isolierung der einzelnen Individuen, gleichgültig welchen Geschlechtes dieselben seien.

Dr. Carter bespricht kurz die Frage, ob die Lepra eine kontagiöse Krankheit sei. Er gibt zu, dafs der experimentelle Beweis für diese Annahme zwar noch nicht erbracht worden ist, doch meint er, dafs die in der neuesten (hier mitgeteilten) norwegischen Statistik publizierten Resultate der strengen Isolierung aller Leprösen ein Argument zu gunsten dieser Hypothese liefern. *H. Leslie Roberts-London.*

Maligne Neubildungen.

Sarcoma idiopathicum multiplex cutis. Vorgestellt von Prof. Schwimmer. (*Gyógászat.* No. 24. 1889.) Der 40jährige Mann leidet seit 8 Jahren an multiplem Hautsarkom. Jetzt sind kleinere und grofse livide Knoten und diffuse Infiltrate an Händen und Füfsen — einzelne Knoten zerstreut auf der ganzen Hautfläche — an den Augenlidern, am Penis oder in der subkutanen Schichte. Behandlung mittels Acid. arsenicosum. *Róna-Budapest.*

Einfache Entzündungen.

Dr. G. Merkel in Nürnberg teilt einen Fall von **Sulfonal-Exanthem** bei einem jungen Manne mit, der an Cerebrospinal-Meningitis leidend, in 2 Tagen je 1 g, in den folgenden 2 Tagen je 2 g genommen hatte und darauf am nächsten, also am fünften Tage symmetrisch ein kleinfleckiges Exanthem von scharlachroter Farbe um die Achselhöhlen und Inguinalfalten bekam, das sich auf die Aufsenflächen der Schultern und Oberarme, sowie der Oberschenkel ausbreitete und zu grofsen roten Flecken zusammenflofs. Das Exanthem blafste langsam ab und war in einigen Tagen verschwunden, erst später trat eine leichte kleienförmige Abschuppung ein.

Eckart-Nürnberg.

Beitrag zur Jodoform-Dermatitis, von Dr. Kolbe. (*Therap. Monatsh.* No. 6.) Verf. beschreibt zwei Fälle von Jodoform-Dermatitis, bei denen auch ohne irgend einen mechanischen Insult, etwa durch Reiben oder Kratzen, lediglich infolge der äufserlichen Jodoformanwendung Dermatitiden entstanden sind. Therapeutisch hat er bei der starken Transsudation günstige Wirkungen gesehen von öligen Substanzen und zwar in folgender Weise:

Digitized by Google

Acid. carbol. 0,5
Ol. olivar.
Ol. Terebinth. ā 12,5
M. D. S. Zum Bepinseln der geröteten Stellen.
L. Hoffmann-Berlin.

Über Kreolin-Ekzem, von J. Wackez in München. (*Therap. Monatsh.* No. 6.) Unter 17 Fällen, bei denen Kreolin angewandt wurde, stellte sich bei 7 ein Ekzem ein und zwar der Art, daſs die Haut am 2. Tage der Kreolinbehandlung sich lebhaft gerötet zeigte, wobei starker Juckreiz bestand. Am 3. Tage erhoben sich zahlreiche, mit klarer Flüssigkeit gefüllte Bläschen, mitunter bis zur Gröſse eines Thalers sich ausbreitend. Die Hauttemperatur erhöht, die benachbarten Lymphdrüsen geschwollen. Verf. glaubt, daſs das Kreolin eine Beimischung unreiner, die Haut reizender Phenole enthält, worauf die Ergebnisse der chemischen Harnuntersuchung hinweisen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von Dermatitis herpetiformis, vorgestellt von Prof. Schwimmer. (*Gyógászat.* No. 20. 1889.) Der 20 jährige Mann ist vor 10—12 Tagen erkrankt. Der Ausschlag besteht aus an den Extremitäten in Gruppen stehenden Bläschen und Blasen. *Róna-Budapest.*

Beiträge zum Pemphigus der oberen Luftwege, von Dr. H. Zwillinger. (*Gyógászat.* 1889. No. 16.) Die Epiglottis erkrankt unter den Kehlkopfteilen am häufigsten am Pemphigus. Z. beobachtete 2 mal Blasenbildungen am Kehldeckel, und zwar in einem Falle waren beide Flächen des Deckels erkrankt, und es zeigten sich halbnuſsgroſse, weiſsgraue, schlaffe Blasen. Einmal sah Z. Blasenbildung an der rechten Ary-Epiglottis-Falte und am rechten Gieſskannenknorpel. Die Blasen bestehen nicht lange, brechen auf und an ihrer Stelle sind belegte exkoriierte Stellen. Groſser Schmerz beim Schlucken begleitet den Pemphigus des Kehlkopfes.
Róna-Budapest.

Pemphigus vulgaris mit vorwiegender Lokalisation an den Schleimhäuten, vorgestellt von Dr. A. Härschler und A. Jrsai. (*Gyógászat.* No. 20. 1889.) Pat. ist 32 Jahre alt, leidet seit Monaten an Pemphigus. Status bei der Aufnahme 7. Mai. An der Haut sind vereinzelte typische Pemphigusblasen zu sehen. Am weichen Gaumen starke Hyperämie, Uvula geschwollen, neben der Uvula eine linsengroſse, lebhaftrote Stelle, an der Zungenwurzel eine linsengroſse, wasserklare Blase, neben welcher ein linsengroſser mit weiſslichgelbem Detritus bedeckter Substanzverlust zu sehen ist. Die linke Seite der Epiglottis ist gedunsen, an ihrem freien Rande exkoriierte Stellen. Der Kehlkopf ist lebhaft rot, die falschen Stimmbänder sind geschwollen, beiderseits an denselben mit gelblichem Detritus bedeckte seichte Substanzverluste. Die Regio interarytenoidea ist gedunsen.

Heute am Tage der Vorstellung 11. Mai ist das Bild etwas verändert, neue Nachschübe kamen, die alten heilten ab. Jetzt sieht man an der linken Wangenschleimhaut eine erbsengroſse Blase mit dunkelblauem Inhalte; an der rechten Wangenschleimhaut exkoriierte, belegte Stellen. Bläschen und Blasenreste am rechten Rande der Zunge und hinterer Rachenwand. Neue Eruption an der rechten Hälfte der Epiglottis. *Róna-Budapest.*

Digitized by Google

Mifsbildungen.

Ein Fall von schwimmhosenartigem, tierfellähnlichem Naevus piliferus pigmentosus, von Dr. M. Joseph in Berlin. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 24.) Bei einem 22jährigen Restaurateur beobachtete J. einen Naevus pigmentosus piliferus congenitus, der 4 cm oberhalb des Nabels beginnend, in einem nach oben konkaven Bogen in die rechte und linke Axillarlinie hinein sich fortsetzt, dann auf den Rücken übergeht und sich hier vom 7. Brustwirbel an kontinuierlich über den untern Teil des Rückens und das Gesäfs ausbreitet. Am Unterleibe ist die Behaarung am dichtesten auf dem Mons veneris. Pat. gibt an, dafs dies schon seit seiner frühesten Kindheit sich so verhalten habe. Während alsdann der rechte Oberschenkel bis zum Kniegelenk diese sonderbare Abnormität zeigt, bleibt von dem linken Femur die innere Seite und das untere Drittel vollkommen frei. Erwähnenswert ist noch eine in der Gegend des 12. Brustwirbels inmitten des Naevus befindliche pigmentierte Depression, in welche man bequem den kleinen Finger hineinlegen kann. Nach der Peripherie wird die Pigmentierung immer schwächer und die Behaarung viel dünner. Neben der obern Grenze der Pigmentierung befinden sich auf der rechten Seite drei Vitiligoflecke. *L. Hoffmann-Berlin.*

Pathologie des Urogenital-Systems.

Dr. J. Neuberger bespricht (*Wiener med. Presse.* 1889. No. 22 und 23) einen **Polypen der Harnröhre,** der nach zweimaliger Tripperinfektion entstand und hinter dem Bulbus in der Pars membranacea über erbsengrofs safs. Dozent Dr. Grünfeld beseitigte ihn mittels eines eigenen Schlingenschnürers. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Stiel parallel verlaufende Bindegewebsfibrillen und spindelförmige Bindegewebszellen, die schon in der Mitte des Tumors spärlicher wurden, und dann in der Spitze oder Kuppe vorherrschend kleine Rundzellen; Papillen waren nicht vorhanden. Nach Neuberger ist die Mehrzahl der Harnröhrenpolypen die Folge einer chronischen Urethritis, doch kämen auch Fälle vor, wo der Tripper erst ein Folgezustand der Neubildung ist. *Eckart-Nürnberg.*

Ein Fall von Strangulatio penis. (*Orvosi Hetilap.* 1889. No. 4.) Dr. M. Bruck stellt zu Budapest im Ärztlichen Verein einen 5jährigen Knaben aus dem Kinderspitale vor, welcher am 18. Januar folgenden Status zeigte: Glans viermal vergröfsert, grünlich-schwarz, stellenweise exkoriiert, gangränös und hängt nur an einem einige Millimeter langen und zündhölzchendünnen Faden. B. schnitt die vergröfserte Glans ab; an ihrer Basis fand man den strangulierenden Zwirn vor.

Róna-Budapest.

Fall von Calculus urethralis. Extractio. Urethritis et Cystitis crouposa. Steinoperation. Heilung, von Dr. Johann Bókai jun. (*Orvosi Hetilap.* 1889. No. 3.) Elemir J., $3^1/_2$ jährig, wurde am 2. August 1887 im Stefanie-Kinderspital aufgenommen. Seit einem Jahre bestehen bei ihm Harnbeschwerden, und seit drei Wochen Harntröpfeln. Bei der Untersuchung wurden Trabekeln konstatiert. Harnstein findet man nicht. Am 9. August 39,5° C. Fieber. Harnverhaltung. Vor dem Bulbus findet sich ein erbsengrofser Stein vor. Der eingeklemmte Stein wird mittels gefensterter Ohrlöffel nach vorne befördert und nach blutiger Erweiterung des Orific.

Digitized by Google

entfernt. 11. Aug. fieberfrei. 12. Aug. hohes Fieber. Pneumonie. Spontane Entleerung des Harns. 13. August Pneumonie des linken unteren Lappens. Blasenkatarrh.

16. August. Am Orific. ext. urethrae erscheint ein schmutzigweifses Gerinsel, welches sich in die Harnröhre hinein fortsetzt und der Schleimhaut fest anhaftet. Fieber, Pneumonie dauert fort, der Harn geht nur in Tropfen ab. Am 20. Aug. entleert sich eine Membran 3 cm grofs, ein röhriger Abgufs der Harnröhre. Am 22. und 27. Aug. entfernen sich wieder krupöse Membranen, und es fliefst nachher wenig blutiger, stinkender Eiter aus der Harnröhre ab. Der Harn kann nicht entleert werden oder nur mit Mühe. Am 29. Aug. vollkommene Retention. Das Allgemeinbefinden sehr schlecht. Fieber, Pneumonie dauert fort. Steinschnitt an der Perinealgegend behufs Entleerung und Auswaschung der Blase. Es entleert sich der Harn und ein krupöser Abgufs der Blase. Drainage. Nachher Auswaschen der Blase täglich dreimal mit 2 % Borlösung. Am 9. September läfst das Fieber nach, am 17. Sept. hört es ganz auf; Granulation der Wunde. Am 15. Oktober also nach 74tägiger Behandlung wurde Patient gesund entlassen. Die mikroskopische Untersuchung der Membran ergab die Struktur einer Krupmembran. Interessant ist die Thatsache, dafs im Budapester Kinderspitale während 50 Jahren unter dem Materiale von 1/4 Million kranker Kinder dieser Fall von krupöser Cystitis und Urethritis der erste war. *Róna-Budapest.*

Extraktion eines Fremdkörpers aus der Blase nach schneller Erweiterung der Harnröhre, von Prof. T. Kézmarszky. (*Orvosi Hetilap.* 1889. No. 4.) Die 31jährige F. M. führte einen geradwinkeligen Schlüssel einer Sardinenschachtel in die Harnröhre, welcher dann in die Blase hineinschlüpfte. Nach zwei Tagen, 13. Dezember 1888, kam sie auf die Gebärklinik des Prof. K. Sie hatte Schmerzen beim Urinieren und entleerte blutigen Harn. Am 14. Dezember schnitt Prof. K. die Ränder des Orific. ext. ein und erweiterte dann die Urethra mittels Simonschen Spiegels bis No. 16. Nachher wurde neben dem palpierenden Finger eine Polypenzange eingeführt und der 11 cm lange, 0,5 cm dicke Drahtschlüssel entfernt. Nachher Blasenauswaschung mit 2 % Borsäurelösung. Pat. wurde am 21. Dezember geheilt entlassen. *Róna-Budapest.*

Auswaschung und Ausspritzung der Blase, von Prof. Geza von Antal. (*Orvosi Hetilap.* No. 14.) Antal wünscht, dafs bei Blasenauswaschungen und bei sonstigen Manipulationen in der Harnröhre und Blase nicht nur die eingeführten Instrumente, sondern auch die Glans und Vorhaut vorerst desinfiziert werde. Die unangenehmen Folgezustände der Katheterisation, wie Prostatitis, Epididymitis, Funiculitis etc., die früher als Folgen mechanischer Irritationen von seiten des Katheters betrachtet wurden, fafst Antal als Folgen der Infektion von aufsen auf.

Zur Desinfizierung der elastischen Instrumente empfiehlt A. das Aufbewahren in 5 % Karbolöl oder Karbolparaffin. Elastische Katheter sollten immer nur bei einem und demselben Individuum gebraucht und vor jedem Gebrauche mit heifsem Wasser oder Dampf sterilisiert und mit 3 % Karbollösung durchspült werden. Die Spritze (wenn solche angewendet wird) soll mit feinem Vaselin schlüpfrig gemacht werden, und nicht mit ranzigwerdendem Öle. Der Katheter soll mit 3—4 % Bor-Vaselin beschmiert werden.

Vorhaut und Präputium soll mit 1 : 1000 Sublimat- oder 2 % Karbollösung desinfiziert werden. Das Ausspülen der vorderen Partie der Harnröhre geschehe, wenn selbe gesund ist, mit 4 % lauer Borsäurelösung und mit Sublimat 1 : 5000 wenn sie krank durch etwaige Blennorrhöe ist.

Digitized by Google

A. gibt der Spritze und den zweifenstrigen elastischen Katheter bei Blasenauswaschungen den Vorzug. Letztere sollen mäfsig kalibriert sein.

Róna-Budapest.

Blennorrhöe.

Urethritis membranacea desquamativa, von Dr. A. Pajor. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. Heft 1.) P. beobachtete auf Schwimmers Abteilung 2 Fälle einer eigentümlichen Blennorrhöe, deren Endeffekt in einer totalen Loslösung der Urethralschleimhaut bestand. In dem einen Falle löste sich die Schleimhaut als ganzes, so dafs sie der Patient mit dem Urinstrahl entleerte. Diese häutige Röhre war 9,5 cm lang und 0,5 cm breit, von milchweifser Farbe und der Länge wie der Quere nach durch parallel verlaufende Fältchen in feine Felder geteilt.

In beiden Fällen bestand eine 9jährige Blennorrhöe mit spärlicher Sekretion, Schmerzen im Perineum und längs der Harnröhre. Im 1. Falle war sogar halbseitige Anästhesie der Harnröhre vorhanden. Nach Entfernung der Membranen trat Besserung ein. Mikroskopisch betrachtet bestanden diese Schleimhautmembranen aus geschichtetem Pflasterepithal mit grofsen Kernen, einzelnen Rund- und Wanderzellen.

Taenzer-Leipzig.

Über Injektionen bei Gonorrhöe, von Eraud. (*Giorn. delle malattie veneree.* 1888.) Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft hält Verf. nur solche Injektionen für geeignet, welche antiseptische Eigenschaften haben. Wir kennen aber kein Medikament, welches imstande wäre, eine abortive Heilung eines durch Vorhandensein des Gonokokkus Neisser zweifellos als Gonorrhöe charakterisierten Ausflusses durchzuführen. Nur solche Injektionen dürfen angewendet werden, die keine feste Substanzen enthalten. Immer aber ist es notwendig, sich von der Sensibilität oder etwaiger Sckwellung der Prostata zu überzeugen, bevor man eine Injektion verordnet. Jede einigermafsen bedeutenden Schwellung paralysiert die Heilwirkung einer Injektion. Bemerkenswert ist, dafs der Verf. eine solche auch dann nicht kontraindiziert hält, wenn Epididymitis, Rheumatismus oder andere Komplikationen vorhanden sind. Die Injektionen selbst verursachen nach seiner Meinung niemals eine Komplikation.

Fink-Hamburg.

Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica (Urethritis externa — Oedmansson), von Dr. C. Touton. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. Heft 1.) Nach eingehender Kritik der einschlägigen Litteratur beschreibt T. seine beiden eigenen Fälle, von denen jedoch nur der erstere ein wirkliches Interesse bietet, da er nach jeder Richtung hin genau klinisch und anatomisch untersucht worden ist.

Der Fall betraf einen 30jährigen Herrn, bei dem sich 3 Wochen nach der gonorrhoischen Infektion eine erbsengrofse, rote, schmerzhafte Geschwulst im Präputium nahe der Raphe entwickelte, aus der sich bei Druck gonokokkenartiger Eiter entleerte, während das Urethralsekret frei davon war. Da auf Karbol- und Sublimatbehandlung ein Schwund der Gonokokken nicht zu erzielen war, wurde mittels keilförmigen Ausschnitts der erkrankte Teil entfernt, gehärtet und untersucht.

Es bestand diese abscefsähnliche Affektion aus einer drüsenartigen Einstülpung, die mit geschichtetem Pflasterepithel ausgekleidet war. Gonokokken fanden sich massenhaft im Lumen des drüsigen Sackes, teils in den Eiterkörperchen, teils auf den Epithelien;

Digitized by Google

aber auch zwischen den Intercellulargängen der obersten Epithelschichten (bis zur 3. und 4. Lage) fanden sich dieselben in Zügen vor.

In der Epikrise glaubt Verf. diese drüsenartige Einstülpung als sogenannte Tysonsche Drüse ansehen zu müssen und stellt entgegen Bumm und Gerheim die Ansicht auf, dafs die Gonokokken nicht nur im Cylinderepithel gedeihen, sondern dafs sie auch in das mehrfach geschichtete Pflasterepithel einzudringen vermögen, vorausgesetzt, dafs nur die Saftspalten genügend weit sind und die in demselben enthaltene Substanz möglichst geringe Konsistenz hat. *Taenzer-Leipzig.*

Verschiedenes.

Die **Haut- und nervösen Erscheinungen bei Diabetes mellitus** bringt Antipyrin zum Schwinden, ebenso wie auf kurze Zeit den Zucker, wenn er nicht 80—100 g auf den Liter übersteigt, wie Germain Sée an 18 Diabetikern beobachtet hat. Auf Albuminurie ist Antipyrin ohne Einfluſs. Nicht mehr wie 3,0 Antipyrin pro die (2,0 bei Albumen im Harn), mehr als 10—12 Tage lang. Mit Alkalien, Natr. bicarb. (1 Tl. : 2 Antipyrin) in 4 gleichen Dosen tagsüber. (*La Prov. Méd.* 1889. No. 15.) *Pauly-Wiesbaden-Nervi.*

Über **Myositis ossificans**, von Dr. Kronecker. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 14.) In der Sitzung der Berlin. Med. Gesellschaft vom 8. März stellte K. einen 56jährigen Patienten vor, der bisher ganz gesund war, nur dafs er als Kind eine hochgradige Scoliose acquirierte. Vor 2 Jahren begannen Schmerzen im Nacken und in der Brust und vor einem Jahre spürte er zunehmende Kurzatmigkeit. Die Untersuchung ergab im vorigen November, dafs die Muskelgruppe am Hals, besonders die Scaleni beiderseits ossifiziert waren. Von der Rückenmuskulatur ist der Cucullaris einigermafsen derb; sonst sind keine Muskeln befallen. Der Prozefs schreitet offenbar vor. Die Person leidet jetzt an sehr starken Schmerzen in den Nackenmuskeln, und man fühlt deutlich die vortretende Ossifikation. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Hauttüberpflanzung nach Thiersch, von Dr. Felix Franke in Braunschweig. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 3. 1889.) Verf. benutzt stets die Haut von der Aufsenseite des Oberschenkels in der Gegend des Trochanter; dieselbe ist an der Stelle bei Männern fast haarlos, zart und leicht zu schneiden. Auch spannt sie sich bei der Seitenlage des Kranken von selbst sehr gut, wodurch die Abtragung der Lappen sehr erleichtert wird, und letztere können in ansehnlicher Gröfse, bis 10—12 cm Länge und 4—5 cm Breite (mit dem Rasiermesser) entnommen werden. Grofse Lappen heilen ebenso gut an als kleine, falls nur die Blutung vollkommen zum Stillstand gekommen ist. Zu diesem Zwecke kann man Eiskomprossen anwenden; Verf. hat nach dem Vorschlage von Kleinknecht mit Wasserstoffsuperoxyd getränkte Wattebausche auf die blutende Stelle aufgedrückt. Er legt gründlich abgeseiftes und mit Sublimat, dann Kochsalzlösung abgespültes Gummipapier auf, darüber zur Aufsaugung des geringen Sekretes Sublimatgaze, dann folgt Wattepolsterung und Binde. Erster Verbandwechsel am 4. oder 5. Tage. Dieses Verfahren wird hauptsächlich für die verschiedenen Lupusarten und für die sonstigen Formen der gröfsere Gebiete zerstörenden Hauttuberkulose, für umfängliche flache Hautkarzinome, für gröfsere, flache Angiome, vielleicht auch für das Keloid, ferner bei Verletzungen und Verbrennungen und bei allen irgend schwer heilbaren Unterschenkelgeschwüren anzuwenden sein.

L. Hoffmann-Berlin.

Digitized by Google

Schwarze Haarzunge, von Dr. F. J. Leviseur. (*New York Med. Journal.*) Die Berichte von „schwarzer Haarzunge" mehren sich seit Dr. Brosins Beobachtung (*Dermat. Studien.* Heft 7. Ergänzungsheft I. 1888 zu *Monatshefte*). Hier in Amerika ist meines Wissens nur einer von Dr. Solis Cohen in Philadelphia beschrieben worden. Mein Fall war ein Patient des New York Hospitals (Dr. L. D. Bulkleys Abteilung), betraf einen an Syphilis leidenden jungen Mann, dessen Zunge von recidivierenden Plaques muqueuses aufs hartnäckigste befallen wurde. Gründliche Ätzungen mit Arg. nitr., Acid. chromic. und die Anwendung verschiedener adstringierender Mundwässer führten schliefslich auffällige Besserung herbei, der Patient erschien jedoch plötzlich mit einer, der von Dr. Brosin beschriebenen „schwarzen Haarzunge" entsprechenden Affektion. Enorme Papillenverlängerung mit verhornten und aufgeblättertem Epithelbelage bildete das mikroskopisch erkennbare pathologische Substrat. Das Pigment war diffus und von Sepia-brauner Farbe. Es wird die Vermutung geäufsert, dafs es sich um zwei ätiologische Momente handelt: 1. ein die Hypertrophie der Papillen und Epithelien hervorbringendes und 2. ein die schwarze Farbe verursachendes. Das erste mag in den verschiedensten lokalen Reizen bestehen (worunter auch das excessive Wachstum normalerweise im Munde vorhandener Mikroorganismen eine Rolle spielen mag), und das zweite sich aus der chemischen Einwirkung der den Mund passierenden Luft, der Speisen und Arzeneien zusammensetzen.

Leviseur-New York.

Zur bakteriologischen Technik, von Dr. C. Günther aus dem Laboratorium der Dr. Lassarschen Klinik. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 20.)

1. Konservierung von Agarplattenkulturen auf den Objektträger. Die zu konservierende Stelle der Agarplatte wird mit scharfem Messer quadratisch umschnitten, dann mit dem Spatel herausgehoben und auf den Objektträger — und zwar in ein kleines Tröpfchen Glycerin hinein, welches man vorher auf den Objektträger gebracht hat — übertragen. Auf die Agarschicht wird nun wieder ein Tröpfchen Glycerin gebracht und darauf das Deckglas gelegt. Die Gröfse der Glycerintropfen mufs so bemessen werden, dafs der neben der Agarschicht noch übrig bleibende Raum zwischen Objektträger und Deckglas gerade ausgefüllt wird. Ein etwaiger Überschufs des Glycerins wird mit Hilfe eines Kapillarrohrs, welches die Flüssigkeit begierig aufsaugt, entfernt. Dann wird in bekannter Weise ein Verschlufs mit Lack hergestellt.

2. Kartoffelkulturen im Reagenzglase. In ein gewöhnliches, sauberes und trockenes, unsterilisiertes Reagenzglas wird ein etwa 2 cm langes und etwa 7 mm im äufseren Durchmesser haltendes Stück Glasrohr, dessen scharfe Kanten in der Flamme verschmolzen sind, gebracht; dann wird der in der Globigschen Weise zurechtgeschnittene, jedoch aus roher, nur mit der Bürste gereinigter Kartoffel hergestellte Kartoffelkeil eingefüllt, schliefslich ein Wattepfropf zurechtgemacht und eingedreht. So beschickte Röhrchen werden in gröfserer Anzahl zunächst 45 Minuten im strömenden Dampf gekocht, an den beiden nächstfolgenden Tagen dann noch je 15—20 Minuten in den strömenden Dampf gestellt. Die Kartoffel nebst den Reagensgläsern sind dann sicher steril und zu jederzeitigem Gebrauche fertig. Die kleinen Glasröhrchen tragen den Kartoffelkeil und verhindern dessen Berührung mit dem Kondensationsmesser.

L. Hoffmann-Berlin.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 3. 1. August 1889.

Über die Duhringsche Krankheit und eine neue Form derselben.

Von

P. G. Unna.

„Wenn die Könige baun,
haben die Kärrner zu thun."

Durch die im vorigen Hefte abgeschlossene Arbeit von Brocq wird die Dermatitis herpetiformis Duhrings endlich auch in Deutschland die gebührende Beachtung erlangt haben. Nachdem wir im vorigen Jahre (s. Bd. VII. pag. 158 dieser Zeitschrift) aus Duhrings eigener Feder einen Aufsatz über die Diagnose seiner neuen Dermatose unseren Lesern mitgeteilt hatten, war es eigentlich unsere Absicht, den lang gehegten Plan auszuführen, die Dermatitis herpetiformis nach Mitteilung einer Reihe von eigenen Fällen einer ausführlichen kritisch-historischen Besprechung zu unterziehen. Aber die zur selben Zeit in dem französischen Fachblatte erscheinende kritische Revue über diesen Gegenstand enthob uns dieser litterarischen Pflicht. Und dieses um so mehr, als die ausführliche Arbeit von unserem hochgeschätzten Kollegen Brocq, wie jeder unserer Leser bemerkt hat, ein Muster historischer und pathologischer Forschung genannt zu werden verdient. Es wäre uns selbst mit bestem Willen nicht möglich gewesen, der älteren französischen Litteratur, besonders den Verdiensten Bazins um die in Rede stehende Krankheit in der Weise gerecht zu werden, wie ein der französischen Schule entsprungener Forscher es thun konnte.

Die kühle Aufnahme, welche seinerzeit des älteren Hebra bahnbrechende Ideen bei Bazin fanden, hat sich in der That wunderbar nachhaltig gerächt. Im Hebraschen Lehrbuche deshalb prinzipiell ignoriert, fielen sämtliche Lehren Bazins, gute und schlechte ohne Unterschied, einer raschen Vergessenheit anheim, und nicht bloſs in Deutschland, sondern auch in England, Nordamerika — ja selbst in Frankreich. Während aber die jüngere französische Schule sich dauernd fortbildungsfähig zeigte, Besnier und Doyon Kaposis, Barthélémy und Colson Duhrings Lehrbuch ins Französische übersetzten, und mit der Aneignung fremder Ideen dort der lähmende Einfluſs der alten französischen Diathesenlehre kräftig und dauernd überwunden wurde, finden wir bei der jüngeren Wiener

Digitized by Google

Schule Symptome progressiver Erstarrung — der Geist Bazins, so scheint es, fängt an, sich in Wien zu rächen.

Ein bedenkliches Zeichen in diesem Sinne war es, dafs die Bestrebungen Duhrings, einem wahren und äufserst interessanten Krankheitstypus zum Rechte zu verhelfen, von der Wiener Schule bisher ganz ignoriert wurden. Dafs daselbst keine einschlägigen Fälle vorkommen sollten, ist undenkbar. In Amerika wurden sofort nach Duhrings Publikationen von den verschiedensten Seiten solche mitgeteilt, noch mehr in England, wo die Arbeiten von Tilbury Fox noch in gutem Andenken standen, und in Frankreich, wo man sich der Lehren Bazins zu erinnern anfing. Auch mir verhalf die erste Publikation Duhrings schon zum richtigen Verständnis einiger merkwürdiger, bis dahin unqualifizierbarer Krankheitsbilder, und seither ist kein Jahr vergangen, ohne dafs ein oder zwei neue Fälle derart in meine Beobachtung gelangten. Aber kein einziger derselben segelte vor diesem Zeitpunkt unter der richtigen Flagge. Leider mufs ich gestehen, dafs die meisten dieser Patienten von ihren Hausärzten und selbst von Spezialkollegen für syphilitisch gehalten und in unnützester Weise bei alljährlich recidivierendem Ausschlag mit Hg behandelt oder nach Aachen dirigiert waren. Schon die Wiedererlangung des Lebensmutes bei diesen künstlich zu Syphilophoben gestempelten Armen nach Berichtigung der Diagnose ist eine der schönsten Früchte, welche die Arbeiten Duhrings gezeitigt haben. Eine zweite Kategorie, welche ihre Diagnose bedeutenderen Spezialkollegen verdankte, sollte an Herpes Iris leiden; dieser Irrtum war jedenfalls unschädlicher. Der Rest galt für „ekzematös", trotz der häufig auftretenden „Pemphigus"blasen. — Zweifellos kommen Fälle von Duhrings Krankheit in Wien auch vor; sie werden anders etikettiert, etwa als Pemphigus pruriginosus, Herpes Iris, oder sie werden in ein anderes der nun einmal von Hebra sen. eingerichteten Schubfächer hineingeschoben.

Was ist nun das Verdienst Duhrings um diese vor ihm schon bekannte Krankheit? Es liegt in der prägnanten klinischen Schilderung einer stattlichen Reihe lange Zeit hindurch und gut beobachteter Fälle von sehr ähnlichem Habitus, in dem Herausheben dieser Fälle aus einer gröfseren Summe analoger, aber doch im ganzen unter sich mit vielen Unähnlichkeiten behafteten, kurz: in der Aufstellung eines einheitlichen, ja einseitigen Typus, wo vorher nur mehr oder weniger in einander übergehende, aber in ihren Extremen sehr verschiedene Formen, wo statt eines klaren Typus nur verschwommene Krankheitsbilder bestanden hatten. Ich scheue mich nicht, selbst die Einseitigkeiten der Duhringschen Aufstellung als sein Verdienst in Anspruch zu nehmen. Das konnte wenig schaden, wenn gewisse früher bereits gut charakterisierte Krankheitstypen, wie die Hebrasche Impetigo herpetiformis, mehrere Fälle

Digitized by Google

rasch verlaufender Hydroa englischer Autoren, von DUHRING fälschlich in den Rahmen seiner Dermatose hineingezwängt wurden; diese Fehler waren leicht wieder auszumerzen. Aber diese imposante, einheitliche und zugleich so viel klarere Darstellung als früher war es ja anderseits, welche dem bereits lange schlummernden Krankheitstypus endlich zur lebendigen Wirksamkeit verhalf, welche, während sie zum Widerspruch reizte, selbst den Gegnern die Anerkennung eines gesunden und wahren Kernes abnötigte. Die so viel vorsichtigeren Aufstellungen von BAZINS Hydroa bullosa und von TILBURY FOXS Hydroa pruriginosa, die Vorläufer von DUHRINGS Dermatitis herpetiformis, waren in ihrer engeren Begrenzung vielleicht haltbarer, aber sie waren nicht markig und grofs genug gezeichnet, um den Bann hergebrachter, unpassender Schulbegriffe zu durchbrechen, sie vermochten nicht, der vielfach anerkannten Thatsache wirklich Bürgerrecht zu verleihen. Wo immer in unserer Wissenschaft durch eine einzelne geniale Konzeption an die Stelle verschwommener Bilder ein neuer, einfacher Begriff trat, da mufste mit Notwendigkeit jener erste starke Griff über das Ziel hinausschiefsen, grotesk Einseitiges zutage fördern. So war der Ekzembegriff des alten HEBRA, so die Aufstellung seiner Pityriasis rubra und darin lag und liegt zum Teil das Geheimnis ihres Wertes und Erfolges.

Die Arbeit von BROCQ reiht sich würdig denen von BAZIN, T. FOX und DUHRING an. Wie jede wahrhaft kritische Arbeit ist sie auch positiv fruchtbar geworden. Der Begriff der DUHRINGschen Krankheit hat sich unter seinen Händen in den noch präziseren der Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica à poussées récidivantes verwandelt, und ich denke, alle Dermatologen, DUHRING nicht ausgenommen, müssen es BROCQ Dank wissen, dafs er sich der grofsen Mühe einer so sorgfältigen kritischen Sichtung des Materiales unterzog. Doch möchte ich unter völliger Anerkennung der DUHRING-BROCQschen Hauptsymptome: 1. der Polymorphie des Exanthems, 2. der begleitenden Parästhesieen, 3. der Neigung zu Recidiven bei chronischem Verlaufe, 4. des relativ guten Allgemeinbefindens — mir doch einen kleinen Zusatz erlauben, welcher die Dignität dieser vier Kardinalsymptome betrifft. Ich halte dieselben keineswegs für gleichwertig.

Für absolut unumgänglich halte ich bei der Diagnose der DUHRINGschen Krankheit das Recidivieren, sei es mit (Schwangerschaft) oder ohne plausible Ursache. Ich würde in keinem einzigen Falle lediglich aus dem Vorhandensein stark juckender, figurierter Erytheme, Bläschen und Blasen bereits mit Sicherheit diese Diagnose stellen, wenn nicht nach ziemlich autokratischem Verlauf und freiem Intervall das charakteristische Recidiv und besser noch eine Reihe von Recidiven auftritt, resp. aus der Anamnese hervorgeht. Alle nicht recidivierenden, ähnlich polymorphen

Digitized by Google

Exantheme, die in der Litteratur verzeichnet stehen, habe ich im Verdacht, bekannten (Medikamente) oder noch unbekannten (Mikroorganismen) Intoxikationen ihr Dasein zu verdanken. Sie entfernen sich für meine Anschauung von dem Begriff einer chronischen Erkrankung des Hautnervensystems, wie es die Duhringsche Krankheit ist, zu sehr, um sie durch eine Reihe von vermittelnden Fällen ihr anreihen zu können. Ich würde deshalb ohne Gewissensskrupel die nicht recidivierenden Fälle von Brocqs akuter Dermat. polym. prur. ganz aufser Betracht lassen, wodurch die Frage der „akuten" Form sehr vereinfacht wird.

Das zweitwichtigste Symptom in meinen Augen sind die Parästhesien. So sage ich lieber als das Jucken. Denn bei allen akut auftretenden Schüben klagen die Kranken stets über eine gemischte Empfindung von Brennen und Jucken, und nur bei längerem Bestande und besonders bei chronisch verdickter Haut wird ein unerträgliches Jucken das dominierende Symptom. Diese krankhaften Empfindungen sind besonders wertvoll, um alle Fälle von wahrem Pemphigus auszuschliefsen. Die Unruhe der betreffenden Patienten und ihre Bemühungen, sich lokale Erleichterung zu verschaffen, kontrastieren lebhaft mit der Ruhebedürftigkeit und der Angst vor Lageveränderung wahrer Pemphiguskranken. Alle Fälle von Pemphigus pruriginosus der Autoren sind gewifs hierher zu zählen. Eine andere Frage aber ist es, ob Fälle von recidivierenden, polymorphen Exanthemen ohne besonders stark hervortretende subjektive Empfindungen nur aus diesem Grunde von der Duhringschen Dermatose zu trennen seien. Im Einzelfalle wird die Begutachtung der ganzen nervösen und psychischen Konstitution des Patienten an die Hand geben, ob man auf diesen relativen Mangel subjektiver Empfindungen Wert zu legen hat; auch wird man bei genauer Prüfung gewifs finden, dafs bei allen echten Fällen der Duhringschen Krankheit kein völliger Mangel daran besteht. Aber immerhin kann ich diesem Punkt für die Differentialdiagnose nicht den entscheidenden, absoluten Wert beilegen wie dem Symptom des Recidivierens. Die gesteigerten Empfindungen haben eine ungemein hohe nosologische Wichtigkeit, sie gehören unbedingt zur Vorstellung einer Hautnervenerkrankung wie beim Zoster; aber wie bei diesem können sie einmal sehr schwach ausgeprägt sein ohne an der Diagnose irre zu machen, wenn alle übrigen Symptome vorhanden sind.

Erst in dritter Reihe rangiert für mich die vielbesprochene Polymorphie des Exanthems. Es ist ja gewifs wahr, dafs ein solches Nebeneinander von Papeln, Bläschen, Blasen und Pusteln, wie es in manchen Fällen unserer Dermatose getroffen wird, bei keiner anderen und selbst nicht bei einem Syphilide vorkommt. Es ist weiter ebenso wahr und ein besonderes Verdienst Duhrings, darauf hingewiesen zu haben, dafs auch die einzelnen Recidive im Charakter der Effloreszenzen erheblich von

Digitized by Google

einander abweichen können, und dafs diese Erscheinung sogar die Regel bildet. Aber bei Beobachtung einer gröfseren Reihe von Fällen gewinnt man doch die Überzeugung, dafs die Entwickelung vom papulösen Erythem durch das Stadium herpesähnlicher Bläschen zu grofsen Blasen den Grundtypus aller hier beobachteten Exantheme ausmacht. Es ist dieses gleichsam der Lieblingstypus der Duhringschen Krankheit, nach welchem das Gros der Anfälle sich auszubilden strebt, und wenn man dieses im Sinne hat, erscheint die allerdings häufig bestehende Polymorphie nicht mehr so grofs wie auf den ersten Blick. Manche Anfälle rein erythematöser Papeln oder mit Bläschen untermischte Papeln sind eben nur als unvollständige Entwickelungen des Haupttypus, nicht als besondere Formen anzusehen.

Hinzu kommt, dafs eigentliche Pusteln, worauf Brocq schon mit Recht aufmerksam macht, viel seltener vorkommen als stark getrübte und eiterige Blasen, und nach unseren heutigen Anschauungen von der Ätiologie der meisten pustulösen Affektionen der Haut halte ich es überhaupt für wahrscheinlich, dafs alle Pusteln auch bei der Duhringschen Krankheit sekundärer Einwirkung von Eiterkokken bei einzelnen Individuen ihr Dasein verdanken, ebenso wie die dem Anfalle hin und wieder folgenden Furunkel.

Gewifs hatte Duhring recht, die Polymorphie zu betonen, da es ihm darauf ankommen mufste, zunächst die durchaus nicht polymorphen Exantheme, wie Pemphigus, Herpes Iris etc. auszuschliefsen. Aber als definitives Einteilungsprinzip — hierin stimme ich Brocq durchaus bei — sind die verschiedenen Morphen der Affektion unbrauchbar, und im Grunde ist die Krankheit wirklich weniger polymorph, als der Wortlaut aller einzelnen Beschreibungen annehmen läfst. Ein Beginn wie bei einem Zoster mit einer Weiterentwickelung zu Blasen — das ist der Durchschnittstypus der Krankheit; geringeres oder stärkeres Hervortreten des papulösen Erythems, langsamerer oder rascherer Übergang in Blasen bis zu völligem Verschwinden jedes Bläschenstadiums, unvollständige Ausbildung des Exanthems, Hinzutreten eiteriger Infektion — das sind die lokalen, temporären, individuellen Modifikationen des Grundtypus.

Aus dem Gesagten ist zu schliefsen, dafs nicht sowohl die Polymorphie als die Möglichkeit, höchstens mag man sagen: die Neigung zu polymorpher Abwandlung für das Exanthem charakteristisch ist. Keinenfalls bietet der Mangel an Vielgestaltigkeit einen Grund, die Duhringsche Krankheit im einzelnen Falle auszuschliefsen. Ich habe mehrere äufserst typische Fälle während wiederholter Attacken sich in genau denselben Morphen abspielen sehen.

Ebenso wie die Multiformität des Exanthems bedarf endlich auch das Charakteristikum des guten Allgemeinbefindens einer Korrek-

Digitized by Google

tionsfassung. Auch dieser Punkt mufste zunächst in den Vordergrund gestellt werden. Denn in der That besteht in vielen Fällen eine charakteristische Inkongruenz zwischen der Intensität und Akuität des Hautleidens und dem nur unerheblich beeinträchtigten Allgemeinbefinden, eine Inkongruenz, die bekanntlich vielen nervösen Leiden eigentümlich ist. Aber anderseits ist nicht zu vergessen, dafs der oft vehemente Pruritus in allen Fällen von längerer Dauer die Patienten körperlich und geistig herunter bringt, ohne allerdings — wie der Pemphigus — je das Leben zu gefährden; dafs weiter die akut einsetzenden Attacken fast regelmäfsig von Störungen des Allgemeinbefindens begleitet sind, wie sie die Ausbrüche aller Herpesarten häufig einleiten, dafs die in der Schwangerschaft und im Wochenbett wiederkehrenden Anfälle sogar nicht selten vorübergehend einen bedrohlichen Charakter gezeigt haben, und dafs endlich ein grofser Teil der an der Duhringschen Krankheit Leidenden zu den „nervösen", mit noch anderen Nervenübeln behafteten Menschen gehört. Cum hoc grano salis bleibt es aber doch richtig, dafs diese Affektion zu den mehr lästigen als gefährlichen Übeln gehört. Wie beim Zoster können die Allgemeinerscheinungen gewöhnlich nur sehr gering sein, um in einzelnen Fällen doch eine besorgniserregende Intensität anzunehmen, und wenn sie bei der Duhringschen Krankheit trotz der viel gröfseren Ausbreitung doch meistens sehr unbedeutend ausfallen, so erklärt es sich daraus, dafs es sich hier um ein chronisches Nervenleiden handelt.

Hiermit schliefse ich mich dem Reigen aller bisherigen Autoren in ätiologischer Beziehung vollkommen an. Wie sehr auch die Meinungen über Abgrenzung, Spezifizität und Namengebung unserer Dermatose geschwankt haben, über diesen Punkt — und das will bei der Ätiologie einer Hautkrankheit wirklich viel sagen — herrscht eine seltene Harmonie; weshalb ich für mich auf jede weitere Begründung verzichte.

Ein chronisches, das Allgemeinbefinden nicht erheblich beeinträchtigendes Nervenleiden der Haut, welches nach verschieden langen, freien Intervallen zu regelmäfsig wiederkehrenden, mit brennenden und juckenden Empfindungen einhergehenden, mehr oder minder universellen Ausschlägen führt, die einen erythemato-bullösen Grundtypus, vielfach modifiziert, zur Ausschauung bringen — so würde meine Definition der Duhringschen Krankheit lauten.

Mit dieser Definition habe ich zugleich Stellung genommen zu der zuerst von Brocq in umfassender Weise präzisierten Frage nach der Existenz einer akuten Abart der Duhringschen Krankheit. Zuerst mufs bei einem so sonderbaren Verlauf, wie er hier vorliegt, ausdrücklich erklärt werden, was man unter akut verstehen will. Der einzelne Schub kann bei raschem Verlauf so gut akut genannt werden, wie die ganze

Digitized by Google

Reihenfolge von Anfällen; letzteres, wenn dieselbe, die sich sonst über viele Jahre erstreckt, auf wenige Monate zusammengedrängt erscheint. Wird aber hierdurch der Charakter unserer Dermatose, wenn die sonstigen Symptome vorhanden sind, im mindesten geändert? Kann es zunächst einen Unterschied begründen, ob der einzelne Anfall in 14 Tagen beendigt ist oder in vier Monaten? Mich dünkt, so wenig wie es einen Unterschied macht, ob ein Herpes Zoster abortiv oder in stärkster Ausbreitung verläuft, ob eine Epilepsie in kleinen oder grofsen Anfällen auftritt.

Ist aber die ganze Krankheit auf den Zeitraum einiger Monate beschränkt, so kommt es ganz darauf an, ob sie sonst in jeder Beziehung typisch auftritt, d. h. also vor allem, ob wenigstens zwei durch ein freies Intervall getrennte Anfälle mit Hyperästhesien und von der bekannten Ausschlagsform vorhanden sind. Ist dieses der Fall, so sehe ich keinen Grund, die Diagnose der Dermatitis herpetiformis zu verweigern. Geschmackssache ist es, ob man deshalb ad hoc eine akute Hautkrankheit aufstellen will, die der Duhringschen eigentlichen Krankheit parallel geht. Ich würde es entschieden vorziehen, in solchen Fällen nur von einem benignen, abgekürzten Verlaufe zu sprechen und glaube mich hier ganz im Einverständnis mit Duhring und auch mit Brocq. Denn obgleich der letztere ernstlich die Frage nach einer akuten Form der Krankheit ventiliert und sogar den Namen einer solchen vorläufig acceptiert, erwehrt er sich doch und sehr mit Recht dieser vielleicht auf den ersten Blick verlockenden, aber doch nur oberflächlichen Anschauungsweise. Denn das Wesen der Duhringschen Krankheit beruht stets in einer dauernden Alteration des Hautnervensystems.

Mir erscheint es garnicht so schwer, wie Brocq, von dieser Seite her die Duhringsche Krankheit zu stützen und zu isolieren; ich sehe nicht eine ununterbrochene Reihe von vermittelnden Fällen jener Krankheit mit den gewöhnlichen Formen des Erythema multiforme verbinden. Nehmen wir einen exquisiten Fall der letzteren Dermatose, die sich jedes Frühjahr und jeden Herbst wiederholt und das einemal Irisformen, ein anderes mal Blasen, ein drittes mal einfache Papeln zeigt, so wäre hier ja gewifs ein schwacher Anklang an Duhrings Krankheit gegeben, eine gewisse begrenzte Polymorphie, typisches Recidivieren und gutes Allgemeinbefinden. Aber welcher Kliniker würde sich über die noch weit typischere Lokalisation an Handrücken und Vorderarm, die ja nie fehlt, sowie über die mangelnden Hyperästhesien hinwegsetzen. Wir wollen selbst zugeben, dafs eine gewisse Abnormität der Vasomotoren der Haut der Erscheinung des Erythema multiforme zu grunde liegt, aber eine dominierende Rolle spielt gewifs nur die wiederholte Infektion mit demselben noch unbekannten Gifte. Hier wird eine Chronizität, wie sie die Duhringsche Krankheit zeigt, blofs nachgeäfft, die Ausschläge werden veranlafst durch wiederholte

Digitized by Google

äufsere Ursachen, nicht durch bleibende innere Vorgänge des Nervensystems. So leicht wird die klinische Entscheidung nicht in allen Fällen liegen, aber eine ähnliche extreme Fragestellung: Chronisches Nervenleiden oder wiederholte akute Infektion? möge man sich in jedem Falle vorlegen, und man wird meistens nicht im Zweifel sein, wofür man sich zu entscheiden hat.

Die wichtigste Frage bleibt für mich immer die des Recidivs. Ist ein Exanthem vorhanden, welches dem Erythema multiforme ähnlich ist, etwa die Spezialform des Herpes Iris zeigt, aber durch vorangehendes oder begleitendes heftiges Jucken an die Duhringsche Krankheit erinnert (etwa wie der Fall G von Cazenave), so ist in der Anamnese nach vorangegangenen ähnlichen Anfällen zu forschen, und wenn hierüber nichts bekannt ist, die Diagnose einstweilen, bis die Folge über die Frage des Recidivierens endgültig entscheidet, in suspenso zu lassen. Wer gibt uns Sicherheit darüber, ob die Gruppe der nicht recidivierenden akut ablaufenden Fälle (A—H), die Brocq zusammengestellt hat, nicht in der Folgezeit alle oder zum Teil durch ihre Recidive sich als Fälle der Duhringschen Krankheit entpuppten, als sie dem Gesichtskreis der ersten Beobachter entschwunden waren?

Die wirklich recidivierenden Fälle von der zweiten Gruppe Brocqs (K—M′) aber deshalb von der Diagnose der Duhringschen Krankheit auszuschliefsen, weil die Anfälle einen mehr akuten Charakter hatten, dazu kann ich mich so wenig entschliefsen, wie Duhring selbst. Die Fälle von G. H. Fox und Bulkley würde ich ruhig, trotz des sehr günstigen Verlaufs, hierher zählen und sie zu der nicht kleinen Gruppe der benignen Fälle stellen, ebenso die beiden neuen Fälle von Vidal. Nur solche Fälle wie J und I (Nodet und Soundby), welche einen regelmäfsigen Typus annuus einhalten, würde ich einstweilen ausschalten, um sie vorkommendenfalls genauer auf ihre Verwandschaft mit dem Erythema multiforme zu prüfen.

Der Unterschied in der Auffassung über diese zweite Gruppe von Brocq einerseits, Duhring und mir anderseits ist nicht so grofs, da Brocq in ihnen auch Übergangsformen zur wahren Duhringschen Krankheit erkennt.

Darin hat Brocq zweifellos recht, dafs es keineswegs leicht ist, in manchen Fällen mit Sicherheit die Verwandtschaft mit Duhrings Krankheit auszuschliefsen oder die mit der Gruppe des Erythema multiforme sicher zu behaupten. Aber das ist heute ja auch noch garnicht nötig. Wir sind froh, als gesicherten Fortschritt der Erkenntnis die fundamentalen Züge der Duhringschen Dermatose fixiert zu besitzen, und diese bilden geradezu einen frappanten Gegensatz gegen das ebenso scharf gezeichnete Bild des Erythema multiforme.

Digitized by Google

Ist auf Grund dieser Feststellungen erst einmal die Diagnose der Duhringschen Krankheit eine überall geübte, elementare geworden, dann ist es auch Zeit, die schwierige Frage zu beantworten, ob es akute Fälle im eigentlichen Wortsinne, d. h. einmalige, rasch vorübergehende Fälle ohne Recidive gibt, die man mit Sicherheit als dem Wesen nach zur Duhringschen Krankheit gehörig betrachten kann, oder ob solche Fälle — wie die hysterische Amaurose, wie gewisse vorübergehende epileptoide Anfälle — mit der schweren gleichnamigen Affektion nur äufserliche Ähnlichkeit besitzen. Ich würde nach den bisher vorliegenden Erfahrungen das letztere annehmen und mich so viel wie möglich sträuben, das klare Bild einer chronischen, neuritischen Dermatose durch Einbeziehung solcher Fälle zu trüben. Dagegen würde ich keinen Augenblick anstehen, sonst typische Fälle mit kurzdauernden Attacken und abgekürztem, benignem Gesamtverlaufe der Duhringschen Krankheit zuzurechnen, weil ich sie dem Wesen nach für identisch halte.

Vollständig stimme ich mit Duhring und Brocq überein in der Zurechnung der Fälle von Herpes gestationis oder gravidarum zur eigentlichen Duhringschen Krankheit und zwar als eines speziellen Typus, dessen Besonderheiten aus der eigentümlichen Ätiologie sich ableiten lassen. Ich selbst habe bisher nur einem Fall beobachtet, der mit grofser Wahrscheinlichkeit hierher gehört, dessen endgültiger Platz aber bis zu dem zu erwartenden Rückfalle in suspenso bleiben mufs. Es handelte sich um ein universelles, gyriertes, bullöses Erythem, welches bald nach der ersten Entbindung auftrat und mit ziemlich heftigen nervösen Erscheinungen und Fieber verbunden war.

Es ist ein grofses Verdienst von Duhring, welches auch von Brocq bereitwilligst anerkannt wird, ein besseres Verständnis dieser eigentümlichen Dermatose durch Unterordnung derselben unter seine Dermatitis herpetiformis angebahnt zu haben.

Nachdem ich so meinen Standpunkt der Duhringschen Krankheit gegenüber präzisiert habe, möchte ich mir erlauben, einen kurzen prägnanten Namen an Stelle des hart angegriffenen Dermatitis herpetiformis vorzuschlagen. Auf dem Pariser Kongresse wird die beste Gelegenheit sein, diese Frage von internationalem Interesse zum Austrag zu bringen.

Brocq hat in sehr dankenswerter Weise die Hauptmerkmale der Duhringschen Krankheit fixiert. Meine Definition derselben schliefst sich der Brocqschen unmittelbar an. Kein Dermatologe wird leugnen können, dafs die vier Hauptsymptome:

1. Neigung zu spontanen Recidiven;
2. Hyperästhesien;

Digitized by Google

3. Aufsergewöhnliche Polymorphie des Exanthems (Variationen eines erythemato-bullösen Grundtypus);
4. Relativ gutes Allgemeinbefinden

einen einheitlichen Krankheitstypus repräsentieren, der mit keiner einzigen sonst bekannten Hautkrankheit sich identifizieren läfst. BROCQ fafst diese Symptome in einer vorläufigen Begriffsbestimmung zusammen: Dermatite polymorphe prurigineuse chronique à poussées successives, welche natürlich viel genauer ist als der DUHRINGsche Name: Dermatitis herpetiformis und der von andern vorgeschlagene, noch blassere: Dermatitis multiformis. Aber BROCQ gibt sich selbst nicht der Illusion hin, dafs sein genauerer Name anstatt des allzu vagen DUHRINGschen sich einbürgern würde, schon einfach seiner Länge wegen. Aufserdem ist das Wort prurigineuse, wie BROCQ selbst angibt, nicht ausreichend, und die französische Fassung endlich ist schwer international zu gestalten.

Ich meine nun aber, dafs heute, nachdem dank den synthetischen Bemühungen DUHRINGS und den analytischen von BROCQ die Kardinalsymptome der Krankheit zweifellos sichergestellt sind, wir — ohne Furcht, in Zukunft mifsverstanden zu werden — das bekannte Ensemble, das Syndrom dieser vier Kardinalsymptome, mit irgend einem beliebigen Namen als Index versehen können. Das wäre allerdings noch vor der BROCQschen Arbeit gefährlich gewesen, ist es aber heute nicht mehr; selbst dann nicht, wenn dieser Name früher schon in ähnlicher, aber vagerer Bedeutung gebraucht wurde.

Und einen solchen Namen haben wir in der That, und er ist von französischen, englischen und amerikanischen Autoren bereits häufig für echte Fälle der DUHRINGschen Krankheit gebraucht worden — ich meine die Hydroa.[1] Es ist mir ganz unverständlich, weshalb BROCQ den Namen Hydroa nur für geeignet hält, entweder überhaupt gestrichen zu werden oder als Synonym des Herpes Iris von BATEMAN eine bescheidene Existenz zu fristen.

Bei letzterer Krankheit ist er gewifs ganz unnötig, denn ihm zu liebe wird niemand den Namen Herpes Iris aufgeben, und Synonyma brauchen wir überhaupt nicht. Aber ist es denn wirklich gerechtfertigt, dafs der Name Hydroa, den BAZIN unter anderm auch auf den Herpes

---

[1] Ich brauche Hydroa weiblich und denke mir die Ableitung von ὑδρο durch ein Adjektiv ὑδρῷος, das zwar klassisch nicht vorkommt, aber nach Analogie von πατρῷος, μητρῷος richtig gebildet erscheint. Man würde als weibliches Substantiv ἡ νόσος zu ergänzen haben, also ἡ ὑδρῶα νόσος, d. i. die Wasser(blasen) zeigende Krankheit. — Hydroa als sächlich und im Singular zu gebrauchen, wie BAZIN und FOX es thun, steht ohne jede Analogie da. Eher schon wäre das sächliche Geschlecht im Plural möglich: τὰ ὑδρῶα, wie τὰ ἱδρῶα, die Schweifsblätterchen (GALEN). Doch wäre in modernen Sprachen Hydroa als ein Plurale tantum undurchführbar.

Digitized by Google

Iris unter der Bezeichnung: Hydroa vesiculosum anwandte, nun deshalb von uns garnicht mehr anders verwandt werden dürfte? Hat Bazin, der Schöpfer des Namens Hydroa, denn nicht auch eine Hydroa bullosum aufgestellt, welche Brocq selbst für identisch erklärt mit seiner benignen, subakuten Form der Duhringschen Krankheit? Hat später Tilbury Fox nicht unter Hydroa herpetiforme und Hydroa pruriginosum wiederum Fälle beschrieben, die Brocq für echte Repräsentanten der uns beschäftigenden Dermatose gelten läfst? Haben sich Colcott Fox, Crocker und Malcolm Morris und in Amerika Piffard, Morrow, Sherwell, G. H. Fox, Bulkley und Elliot nicht dem Vorgange von Tilbury Fox in dieser Bezeichnung angeschlossen? In Deutschland ist, wie Brocq sagt, der Name Hydroa niemals acceptiert worden. Ja, das hatte seine guten Gründe; von Bazin wurde eben nichts acceptiert. Um so mehr Grund haben wir Deutschen gerade — denen man vor vielen Jahren einen besonderen Hang zu historischer Gerechtigkeit bis zur Pedanterie nachsagte — den Bazinschen gar nicht üblen Namen wieder zu Ehren zu bringen. Denn Bazin hat in seinen Arthritides bulleuses die erste Schilderung der Duhringschen Krankheit gegeben und in dem Hydroa bullosum die mildere Form gezeichnet.

Sodann würde es wirklich schwer halten, wenn man heute einen Namen für das vierteilige Syndrom erfinden wollte, einen besseren zu konstruieren. Er kollidiert nicht mit Herpes und Pemphigus und erinnert doch an beide, drückt aber überdies seiner Wortbildung nach recht geschickt die Tendenz zur Blasenbildung aus.

Was sollte uns denn abhalten, diesen Terminus in Zukunft in einer ganz bestimmten Bedeutung zu gebrauchen? Etwa, dafs Bazin nebenbei auch den Herpes Iris, dafs andere Autoren allerlei Fälle so bezeichneten, die nichts mit der Duhringschen Krankheit zu thun hatten? Das ist doch gewifs kein ausschlaggebender Grund, abgesehen davon, dafs die Mehrzahl der heutigen Dermatologen von diesen Mifsgriffen erst durch Brocqs Arbeit etwas erfahren hat.

Also: auf der einen Seite bedarf die Duhringsche Krankheit[1] eines kurzen, bezeichnenden, nicht zu Verwechselungen führenden Namens, auf der anderen Seite existiert ein solcher, mit Unrecht in Vergessenheit geratener; da erfordern es, wie mir scheint, ebensosehr praktische Klugheit wie historische Gerechtigkeit, jenem Dinge diesen Namen definitiv zu geben.

---

[1] Der Ausdruck: Duhringsche Krankheit, den ich der Kürze wegen und dem verdienten Autor zu Ehren gebrauchte, kann doch, wie jeder personelle, nur ein vorläufiger sein, weil er zu sehr die Verlegenheit um einen sachlicheren an der Stirne trägt. Auch würde man dann in die Konsequenz geraten, von einer Duhringschen Krankheit der Schwangeren zu sprechen.

Digitized by Google

Ich schlage mithin vor, in Zukunft unter Hydroa die Duhringsche Krankheit zu verstehen, reduziert auf das Syndrom der vier von Brocq analysierten Kardinalsymptome (also mit Ausschluſs der Impetigo herpetiformis, anderer unklarer Fälle und noch anderer, die zum Erythema multiforme gehören), welche ich in meiner obigen Definition zusammengefaſst habe. Nach der ausführlichen Brocqschen Darstellung hat die Hydroa simplex dann noch folgende Abarten:

Hydroa grave.
Hydroa benigne, subacutum.
Hydroa gravidarum.

Ich möchte diesen Abarten noch eine vierte hinzufügen, welche ich bisher nicht beschrieben fand:

Hydroa puerorum.

Anstatt meine eigenen Fälle der gewöhnlichen Hydroa zu geben, welche doch nur schon Bekanntes wiederholen würden, wird es von gröſserem Interesse sein, eine spezielle Form dieser Krankheit an einigen Beispielen zu illustrieren, welche wie die Hydroa gravidarum als eine ätiologisch gesonderte Gruppe aus der bunten Menge der Hydroafälle sich herausheben läſst.

F. v. K., ein Knabe von 12 Jahren, hat seit seiner Geburt an einem erythemato-bullösen Exanthem gelitten, welches nach Angabe der Umgebung in durchschnittlich 14 Tage dauernden Anfällen, vorzugsweise im Sommer, periodisch wiedergekehrt ist. In früheren Jahren befiel es den ganzen Körper, jetzt erscheint das Exanthem in spärlicheren Gruppen, die zumeist auf das Gesicht, die Brust und die Handrücken beschränkt sind. Stets war während der Anfälle der sonst kräftig gebaute, kerngesunde, intelligente Knabe matt und reizbar, hatte gestörten Appetit und unruhigen Schlaf. Stets gingen an dem Orte des Ausbruchs unangenehme, schmerzhafte Empfindungen vorher, die sich mit dem Aufschieſsen der Blasen zu lebhaftem Brennen und Jucken steigerten, welches sich erst mit dem Aufkratzen oder Aufstechen der Blasen legte. Der Ausschlag entwickelte sich immer aus erythematösen Flecken in rascher Folge zu Bläschen und Blasen von oft beträchtlicher Gröſse. Dieselben heilten langsam spontan ab und hinterlieſsen stets gerötete, meist pigmentierte Flecke, die noch nach langer Zeit den Ort früherer Ausbrüche markierten.

Der erste Anfall, welchen ich bei diesem Knaben selbst beobachtete, begann am 4. Juli 1888 mit dem Auftreten eines roten Fleckes von Markgröſse unter schmerzhaften Sensationen am Nacken. Am 5. Juli morgens gesellte sich ein ebensolcher, kleinerer Fleck unterhalb des linken Nasenflügels hinzu und im Laufe des Tages noch mehrere auf der linken Hälfte des Kopfes, speziell eine Gruppe von solchen am Halse ($1^1/_2$ Zoll unterhalb des linken Ohres). An diesem Tage zeigte sich der Fleck am Nacken dicht bedeckt mit senf- bis pfefferkorngroſsen, prallgefüllten, hellgelb durchscheinenden Bläschen, von denen bereits einige zu unregelmäſsig buschigen Blasen konfluierten. Dieselbe Weiterentwickelung beginnt an dem Flecke unterhalb des Nasenflügels. Doch bleibt um die gruppierten Bläschen herum ein erhabener, stark geröteter Rand sichtbar. Auf den Flecken am Halse sind bislang nur ganz vereinzelte noch kaum zu Bläschen erhobene, weiſsliche Hornschichtabhebungen angedeutet. Die

Digitized by Google

erythematösen Flecke sind deutlich aus kleineren Flecken zusammengesetzt und daher nicht einfach kreisrund, sondern mit polycyklischem Kontur versehen, wie das einer Zostergruppe zu grunde liegende Erythem.

Am 7. Juli sind die Blasen am Halse zu einer braunen Borke eingetrocknet, die unter dem Nasenflügel zu einer feuchteren gelben Kruste. Am Halse sind die Flecke abgeblafst, ohne dafs es zu eigentlicher Blasenbildung gekommen wäre.

Während der Sommerferien auf einer Reise traten zwei sehr leichte Recidive auf. Ende August ein Ausbruch am Gesäfs, links neben dem Os coccygis in der Ausdehnung eines Fünfmarkstückes, Mitte September etwas oberhalb dieser Stelle an derselben Seite.

Die nächsten stärkeren Recidive hatte ich wieder Gelegenheit, selbst zu beobachten. Am 9. Oktober trat an der rechten Seite der Lippe unterhalb des Nasenloches eine Gruppe von acht Bläschen auf, die am folgenden Tage bereits nach ihrer Umwandlung in Blasen mit klarem, gelben Inhalt einzutrocknen begannen. Unterdessen bildete sich an der linken Seite des Kinnes eine neue Gruppe von Markgröfse mit livid geröteter Basis, auf welcher sich dichtgedrängt etwa 30 pfefferkorngrofse isolierte, gelbe Bläschen erhoben. Beide Gruppen sind unter geringem Jucken und Brennen entstanden. Am 12. zeigte sich eine Gruppe am linken Ohre zwischen Helix und Anthelix. Der Helix ist im Umfange eines Zwanzigpfennigstückes gerötet und geschwollen an einer Stelle, welche schon drei Tage vorher geschmerzt haben soll. Die Röte der Stelle am Kinn ist abgeblafst, die ganze Stelle abgeflacht; einige Bläschen sind eingetrocknet, andere dagegen konfluiert und stärker gefüllt. Die Stelle an der Lippe ist vollständig abgetrocknet. Während im Laufe der nächsten Tage die Blasen am Ohre auch sich mit Krusten bedeckten und abtrockneten, trat am 23. noch eine verspätete Gruppe von Bläschen vereinzelt auf der rechten Backe auf.

Eine Reihe neuer Ausbrüche begann nach vollständigem Wohlsein wieder am 12. November. Am 7. war bereits Kopfweh, am 8. Nasenbluten aufgetreten, und nachdem in der Nacht vom 11. auf den 12. November der Knabe sich überhaupt unwohl gefühlt, zeigte sich am 12. morgens auf der Stirn links ein erythematöser Fleck, auf dem sich alsbald Bläschen entwickelten. Am 14. traten dazu einige neue Bläschen auf der linken Backe nahe dem Auge. Am 17. waren alle Eruptionen eingetrocknet, aber noch waren die Krusten nicht vollständig abgefallen, als sich zu einer Angina am 24. bereits eine neue Gruppe von Bläschen in der linken Achselhöhle und am 25. eine Reihe von Bläschen am linken Ohre gesellten. Am 27. waren diese letzteren besonders stark gefüllt und zu grofsen prallen Blasen auf stark geschwollenem und gerötetem Grunde geworden. Am 30. waren alle Eruptionen wiederum eingesunken und abgetrocknet.

Die kurze Schilderung dieser Anfälle wird hinreichen, um von der Art des Ausschlages, seinem raschen Kommen und Gehen einen Begriff zu geben. Die einzelnen Anfälle gehören gewifs zu den akutesten, welche bei der Hydroa vorkommen. Meistens sind sie bis auf das restierende Erythem und Pigment in zwei Wochen abgelaufen, seltener ziehen sie sich durch Nachzügler drei bis vier Wochen in die Länge. In früheren Jahren dauerten sie durch die Menge nacheinander aufschiefsender Efflorescenzen durchschnittlich länger. Ganz unbestimmt, von zwei Wochen bis zu vier und sechs Monaten dauernd sind die freien Intervalle. Jedesmal leitet sich der Anfall mit Prodromen ein, welche wenigstens in unangenehmen lokalen Sensationen bestehen, die den Ort des Ausbruchs an-

Digitized by Google

kündigen, oft aber auch das Allgemeinbefinden erheblich beeinträchtigen. In früherer Zeit sollen sowohl das Brennen und Jucken, wie die allgemeine Abgeschlagenheit zuweilen viel stärker gewesen sein, als es jetzt durchschnittlich der Fall ist. Die Form des Ausschlags war während der Zeit meiner Beobachtung eine ganz typische. Stets handelte es sich um entzündlich gerötete Flecke und Gruppen solcher, die zu gröfseren, häufig noch polycyklisch konturierten zusammenflossen, und auf denen verhältnismäfsig rasch pfefferkerngrofse, sehr oberflächlich gelegene, wahrscheinlich rein exfoliative Bläschen mit klarem, bernsteingelbem Inhalt aufschossen. Trotz ihrer Kleinheit machten sie in den meisten Fällen nicht den Eindruck von Degenerationsbläschen der Stachelschicht und flossen deshalb auch sehr leicht bei praller Füllung unter der festen Horndecke zu einkammerigen grofsen Blasen zusammen. Die mangelnde Eiterung und rasche Abheilung, welche bei ungestörtem Verlaufe allen Blasen eigen war, unterstützt ihre Auffassung als oberflächlicher Exfoliationsblasen; hiernach wären auch die Bläschen meistens nur als sehr kleine, aber echte Blasen dieser Art anzusehen. In anderen Fällen war die Bläschenbildung die Akme des Vorganges, in noch anderen blieb es beim entzündlichen Erythema papulatum. So lange ich den Fall beobachtete, war mithin die Polymorphie eine begrenzte; sie hielt sich in dem gewöhnlichen Rahmen eines erythemato-bullösen Exanthems. Durch dieses Exanthem jedoch, durch die begleitenden Hyperästhesien, das aufser dem Anfalle ungestörte Allgemeinbefinden und besonders sicher durch die Chronizität des Übels mit Abwechselung freier Intervalle und unregelmäfsig, aber beharrlich sich wiederholender Recidive ist dieser Fall als ein Hydroa gekennzeichnet. Was ihn aber von allen sonstigen Fällen auszeichnet, ist sein Beginn bald nach der Geburt und sein fortdauernder Bestand die ganze Kindheit hindurch.

Immerhin würde dieser frühe Beginn allein eine ausführlichere Mitteilung des Falles in meinen Augen nicht motiviert haben, obwohl die ihm am nächsten kommenden Fälle J und I bei Brocq, welche im fünften und achten Lebensjahre anfingen, wegen ihres regelmäfsigen Typus annuus wohl nicht hierher gehören und der Fall 28 von Vidal, welcher im fünften Lebensmonat begann, wegen seiner Begrenzung auf bestimmte Hautstrecken, seiner Abhängigkeit von äufseren Reizen und mancher anderer Züge ganz isoliert steht. Ich hatte aber zur selben Zeit Gelegenheit, einen anderen Fall von Hydroa bei einem Knaben zu beobachten, dessen Familiengeschichte ein Licht auf die Ätiologie dieser Fälle im allgemeinen zu werfen geeignet ist.

A. v. W., von 9 Jahren, wie der vorige Patient den bestsituierten Ständen angehörig, hat nach Aussage seiner Verwandten vom dritten Lebensjahre an, vielleicht aber schon früher an dem noch immer von Zeit zu Zeit auftretendem Exanthem ge-

Digitized by Google

litten. Dem Ausbruche geht auch hier stets ein leichtes Unwohlsein, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Blässe, schlechter Schlaf vorher. Er besteht in „Mückenstich ähnlichen" roten Stellen, welche entweder als solche vergehen oder sich mit kleinen Bläschen, oder selbst grofsen Blasen bedecken. Die verschiedensten Hautreize, grofse Hitze, kalte Bäder, Seebäder, ebenso aber auch Aufregungen jeder Art sollen den Ausschlag hervorrufen, mit welchen Gründen sein spontanes Recidivieren von der Umgebung des Patienten je nach den Umständen motiviert wird. Im letzten Jahre soll der beständige Gebrauch von Ichthyolseife sehr günstig auf die Affektion gewirkt haben, so dafs sogar Seebäder gebraucht werden konnten. Ich selbst hatte daher nur einmal Gelegenheit, im vergangenen Jahre einen unerheblichen Anfall zu beobachten, der in bezug auf das Exanthem genau dem Falle v. K. glich.

Was mich nun aber bei diesem Falle am meisten interessierte, war, dafs ich zugleich erfuhr, dafs die betreffende Krankheit in der Familie des Patienten heimisch sei. Der Grofsvater und Vater desselben litten nicht an derselben, ebensowenig seine Mutter. Aber aus erster Ehe besafs der Vater noch drei Söhne, welche alle drei an derselben Krankheit litten und zum Teil noch leiden wie dieser in der zweiten Ehe geborene Sohn. Eine Tochter aus dieser letzteren Ehe war dagegen gesund, wobei ich in betreff meines ersten Falles nachholen will, dafs die drei Schwestern jenes ebenfalls nicht an der Krankheit litten, wie dieselbe denn auch sonst in der Familie v. K. bisher unbekannt war.

Die älteren Brüder des zweiten Patienten leben an verschiedenen Plätzen zerstreut, aber die eingezogenen Nachrichten über ihr früheres und jetziges Befinden ergaben ganz mit dem soeben von mir Mitgeteilten Übereinstimmendes.

Der älteste Bruder, jetzt 36 Jahre und verheiratet, leidet an der Krankheit nicht mehr. Er glaubt, dafs er sie erst im sechsten Jahre bekommen habe, doch ist diese Zeitbestimmung unsicher, und zwar mufs der Beginn wahrscheinlich viel früher zurückdatiert werden. Jedenfalls hat sie mit dem fünfzehnten Lebensjahre von selbst aufgehört. Seine Kinder leiden nicht daran. Die gegebene Beschreibung reproduziert die uns schon bekannten Data. Nur sollen heute noch Narben von dem Ausschlag zu sehen sein, welche auf starkes Kratzen wegen vehementen Juckens geschoben werden.

Der Beginn beim zweiten und dritten Bruder fällt in die allerersten Lebensjahre. Gleichmäfsig wird der befördernde Einflufs grofser Hitze und das häufigere Auftreten im Sommer angegeben. Bei dem dritten Bruder, welcher ebenfalls verheiratet ist und dessen Kinder von dem Leiden bisher frei waren, tritt das Exanthem noch jetzt hin und wieder in sehr abgeschwächter Form auf. In seinem Berichte heifst es: „Die „Picken" zeigen sich in der Gröfse von einem Fünfpfennig- bis zu einem Markstück zumeist an den Armen und Beinen, an letzteren, zumal an den Füfsen, in der Regel zu Wasserblasen sich entwickelnd, welche, wenn

Digitized by Google

aufgeschnitten oder zerplatzt, langsam und ohne Narbenbildung abtrocknen. Wo, wie an anderen Körperteilen es meistens der Fall ist, die Blasenbildung unterbleibt, verschwindet der Ausschlag in der Regel nach wenigen Tagen und — falls nicht durch Kratzen eine Hautabschürfung hervorgerufen war — spurlos. Die schmerzhafte und zu dem erwähnten Kratzen herausfordernde Empfindung pflegt in einem unangenehmen Hitzegefühl in der betreffenden Stelle und heftigem Jucken zu bestehen, gegen welches sich Einreibungen mit Franzbranntwein oder Eau de Cologne als sehr angenehme und wirksame Linderungsmittel erwiesen."

Mit diesen Fällen ist zum erstenmale eine hereditäre Veranlagung zu einer bestimmten Form der Hydroa nachgewiesen. Es mag auf Zufall beruhen, dafs nur Knaben befallen, die Mädchen dagegen in meinen Fällen verschont blieben. Aber sicher gemeinsam ist aufser der nachgewiesenen Heredität allen fünf Fällen:

1. der frühe Beginn in den ersten Lebensjahren;
2. das die ganze Kindheit hindurch anhaltende Recidivieren;
3. das punctum maximum der Anfälle in der heifsen Jahreszeit;
4. die geringe Polymorphie des fast nur aus papulösen Erythemen, nicht eiterigen Blasen und Bläschen bestehenden Exanthems;
5. das stärkere Hervortreten der Schmerz- gegenüber den Juckempfindungen, welche letzteren bei Erwachsenen in den Vordergrund zu treten pflegen;
6. die Akuität der einzelnen Anfälle;
7. die fast regelmäfsige Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens bereits vor Ausbruch des Exanthems;
8. die allmähliche, spontane Abschwächung der Anfälle an Extensität, Intensität, Dauer und Zahl gegen die Zeit der Pubertät;
9. das spontane gänzliche Verschwinden des Exanthems (in zwei Fällen), oder seine Reduktion auf geringe und seltene Nachschübe zur Zeit des Mannesalters (ein Fall; zwei Fälle noch in Beobachtung in bezug auf diesen Punkt).
10. Hierzu kommt möglicherweise noch die Beschränkung auf das männliche Geschlecht.

In diesen Punkten liegen hinlängliche Gründe, um die Hydroa puerorum gerade so aus dem Gesamtbilde der Hydroa als eine spezielle zu definierende Gruppe herauszulösen, wie Brocq es mit Erfolg für die Hydroa gravidarum durchgeführt hat. Wie dort die Schwangerschaft und das Wochenbett, so liefert hier eine hereditär gegebene, im kindlichen

Digitized by Google

Alter besonders ausgeprägte Veranlagung des Nervensystems der Haut das ätiologisch bestimmende Moment. Es wäre sehr zu wünschen, dafs es gelänge, noch mehr solcher ätiologisch auf gemeinsamer Basis ruhender Fälle als einzelne Gruppen aus dem grofsen Rahmen der Hydroa auszusondern. Die Erkenntnis des Wesens der Hydroa kann nur dadurch gewinnen.

Ein Fall von Lichen ruber acuminatus.

Von

Prof. E. v. Düring
in Konstantinopel.

Herr H., 42 Jahre alt, unverheiratet, Neurasteniker, liefs mich anfangs Januar zu sich rufen wegen einer seit einigen Tagen bestehenden, unter der bis dahin angewandten Therapie sich langsam verschlimmernden Hautaffektion.

Patient hatte zuerst am Thorax und Rücken, dann am Kopf und an den Beugeseiten der Arme das weiter unten näher beschriebene, aufserordentlich juckende Exanthem bemerkt. Er war von Anfang an aufserordentlich nervös gewesen, hatte über grofse Schlaflosigkeit, Abspannung geklagt; mehrfach hatte er unter Frostschauern ein Weiterschreiten und eine Verschlimmerung seines Leidens konstatiert.

Der behandelnde Arzt hatte die Diagnose auf Ekzem gestellt und Patient war mit einer weifsen Präzipitatsalbe behandelt worden.

Bei der von mir vorgenommenen Untersuchung am 12. Januar d. J. fand ich folgenden Status.

Die nur sehr spärlich behaarte Kopfhaut, Gesicht, Thorax vorne bis ungefähr zu einer die Papillen verbindenden Linie, hinten bis zum unteren Skapularwinkel, die Beugeseiten der Arme, mit Freilassung der Gelenkbeugen, die Hände besäet mit einem kleinpapulösen Exanthem. Die Papeln standen am dichtesten an der vorderen Thoraxseite; sie erhoben sich überall auf einem mäfsig aber diffus geröteten Grunde. Das Exanthem imponierte zunächst als ein Ekzema papulatum und ich gestehe, dafs ich zunächst diese Diagnose für die wahrscheinliche hielt.

Um das aufserordentlich heftige Jucken und Brennen zu mildern, verordnete ich zunächst nur Puderung der affizierten Partien, ohne den geringsten Erfolg oder irgend welche Erleichterung damit zu erzielen; auch eine

Digitized by Google

Zinkschwefelpaste war ohne Wirkung, und in den nächsten Tagen schritt unter heftigen Attacken von Übelbefinden und Frösteln die Affektion weiter, so dafs, als ich am 25. Januar nach einem Amidambade eine neue Untersuchung vornahm, der Befund der folgende war.

Aufser den früher befallenen Partien, die in gleicher Weise affiziert sind, nur dafs die einzelnen Papeln „akuminierter" sind, besonders an der Beugeseite des linken Oberarms sich wie ein Reibeisen anfühlen, — ist das ganze Abdomen fast bis zu den Inguinalfalten herunter mit dem hier besonders deutlich mit senfkorngrofsen, hellroten, kegelförmig zugespitzten glänzenden Knötchen bedeckt — wie eine rote Cutis anserina. Auf der Spitze vieler dieser Kegel, besonders an der Beugeseite des rechten Oberarms, sitzen kleine glänzende, weifse Schuppen auf. Kratzeffekte sind hier und da sichtbar, sonst aber nirgends irgend eine Veränderung der Knötchen. An der Brust ist das Exanthem diffuser rot, so dafs es schwierig ist, aus dem sich dort darbietenden Bilde die Diagnose auf Lichen ruber acuminatus zu stellen.

Es blieb aber aus dem Gesamtbilde und aus dem sehr charakteristischen klinischen Verlauf kein Zweifel an der Diagnose Lichen ruber acuminatus.

Am 26. Januar wurde die entsprechende Therapie eingeleitet. Innerlich Pillul. asiaticae, beginnend mit 3 Stück tägl., allmählich steigend; äufserlich die Unnasche Lichensalbe; ich verordnete Ungt. diachyl. (c. ol. lin.) 500,0, Acid. carbol. 20,0, Hydrarg. bichlor. corrosiv. 0,5.

Der Patient wurde bei Bettruhe täglich 2 mal mit dieser Salbe eingerieben und dabei eine sehr einfache, reizlose Kost vorgeschrieben. Am 4. Februar war der Stat. im ganzen noch der gleiche. Nur hatte Patient nach der Einreibung einige Stunden Ruhe und Schlaf.

Im Laufe des Monats Februar trat eine langsame, aber entschiedene Besserung ein, was die Lokalerscheinungen betrifft; jedoch stellten sich noch häufiger Frost und Unbehagen und geringe Nachschübe ein. Besonders auffallend war es, dafs sich auf dem Rücken an Stellen, die vorher mit Acuminatuspapeln besetzt gewesen waren, allmählich deutliche Planuspapeln entwickelten, was ich an drei Stellen nachweisen konnte.

Patient war mit den Pill. asiat. bis zu 9 Stück tgl. gestiegen. Ende Februar stellten sich jedoch Beschwerden ein, die ich auf das Arsenik beziehen mufste, weshalb wir heruntergingen bis auf 4 Pillen täglich und, später wieder steigend, bei 6 Stück stehen blieben.

Von Ende Februar ab liefs ich die Einreibungen nur noch einmal täglich vornehmen und Patient erhielt an jedem 8. Tage ein Amidambad.

Von Anfang März ab gingen die Erscheinungen rapid zurück. Am längsten persistierten die Papeln an der Beugeseite des linken Oberarms und in der reg. hypochondriacae. Wir vertauschten nun die allmählich

Digitized by Google

doch zu reizende Salbe mit einer aus Pastae Zinci und Ungt. diachyl. c. ol. lini $\overline{aa}$ bestehenden weichen Paste, die dem Patienten aufserordentlich angenehm war. Nachschübe traten nicht mehr auf, und anfangs April konnte ich Herrn H. als geheilt aus der Behandlung entlassen. Er wird zur Nachkur, deren er mehr seines Allgemeinzustandes wegen bedarf, nach Tölz gehen. —

Aus der dermatologischen Klinik des Dr. Unna in Hamburg.

Zur Lichen ruber-Frage.

Von

Dr. Ludwig Török,
Assistenzarzt.

Seit der Aufstellung und Charakteristik der Lichengruppe durch F. Hebra und der davon abweichenden Beschreibung des Lichen planus von E. Wilson bildet diese Klasse der Dermatosen ein Thema, an dessen Lösung die Vertreter der verschiedenen dermatologischen Schulen ihre Kräfte versuchen. Das Interesse, welches denselben eigentlich nie entzogen war, hat sich seit der bekannten Zweiteilung der Gruppe durch Kaposi in Lichen planus und acuminatus nur noch mehr gesteigert, und der Kampf um die Existenz des Lichen ruber acuminatus, um das Verhältnis desselben zum Lichen planus, über seine Stellung im System, wurde mit frischem Mute weitergekämpft. Freilich war dieser Kampf so lange ohne Aussicht auf Erfolg, als die einzelnen Autoren ganz einseitig nur den ihnen überlieferten Anschauungen folgten, den Erfahrungen der andern Schulen mifstrauten oder sie vollständig vernachlässigten. Hoffentlich bringt die Zusammenkunft der hervorragendsten Vertreter unserer Spezialwissenschaft beim Kongresse in Paris, welcher ja die Lichenfrage als einen Programmpunkt aufgenommen hat, die Unmittelbarkeit der mündlichen Diskussion und die dadurch gegebene günstigere Gelegenheit, die Kraft der gegeneinander zu Felde geführten Argumente zu prüfen, zu überzeugen oder überzeugt zu werden, Licht in diese interessante Frage. Die Aufgabe dieser Zeilen ist eben mit Rücksicht auf die in Aussicht stehende Diskussion und in anbetracht der weiter unten darzustellenden Umstände den Standpunkt der hiesigen Schule nochmals zu präzisieren.

Digitized by Google

Bekanntlich hat — wie dies UNNA nachweist — F. HEBRA in seinen ersten Beschreibungen des Lichen ruber nur die sehr späten Stadien der später von KAPOSI Lichen ruber acuminatus genannten Krankheit geliefert, und auch in der Charakteristik derselben durch den ausgezeichneten Wiener Dermatologen sind die Anfangsstadien etwas stiefmütterlich behandelt. UNNA war nun in seinem Artikel „Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber“ [1] bestrebt, diese Lücke auszufüllen, das Bild des Lichen acuminatus in seinen akuteren Stadien zu fixieren und den schon so früh durch seine Knötchenform, seine Evolution und das klinische Gesamtbild wohlcharakterisierten Prozefs von den andern Lichenarten abzugrenzen. Auf die Einwendungen BROCQS antwortete UNNA in einem andern Artikel [2], in welchem er von neuem seinen Standpunkt klarlegte.

Es erschienen nun in der allerletzten Zeit zwei Artikel [3], deren Inhalt im Gegensatze mit den von UNNA über diesen Krankheitsprozefs entwickelten Ansichten steht, und denen deshalb eine Berichtigung gerade von hier folgen müfste. Ein grofser Teil dieser Aufgabe wurde uns aber durch eine interessante, scharf kritische Studie des ausgezeichneten Pariser Dermatologen BROCQ abgenommen, deren Gegenstand eben die Arbeiten der amerikanischen Dermatologen über den Lichen bildete. In kurzem könnte man den Standpunkt BROCQS damit charakterisieren, dafs er die Lichen acuminatus-Fälle der Amerikaner alle für die von DEVERGIE zuerst beschriebene Pityriasis rubra pilaris in Anspruch nimmt, die meisten als Lichen acuminatus diagnostizierten Fälle im allgemeinen als hierher gehörig ansieht und endlich von neuem die Einteilung der UNNAschen Fälle in die Lichengruppe für nicht genügend begründet erklärt. Was die amerikanischen Arbeiten anbelangt, schliefsen wir uns vollkommen dem ausgezeichneten französischen Forscher an.

Um den Standpunkt der hiesigen Schule zu präzisieren, wird es in anbetracht der oben mitgeteilten Umstände nötig sein, 1. die Differenzen, welche zwischen der Pityriasis rubra pilaris und dem Lichen ruber acuminatus HEBRA und KAPOSI bestehen, hervorzuheben; 2. auf die Umstände hinzuweisen, welche die Verwandtschaft beider Prozesse ausmachen und welche die von UNNA beschriebenen Fälle den HEBRAschen anzuschliefsen erlauben.

---

[1] *Petersburger med. Wochenschr.* 1884. No. 45, und *Medical Bulletin.* 1885. Philadelphia.

[2] *Annales de Dermat. et de Syph.* 1886. Bd. VII. No. 10, und *Monatsh. f. prakt. Dermatologie.* 1886. No. 12.

[3] TAYLOR, Lichen ruber as observed in America etc. *New York Med. Journal.* Januar 1889. — ROBINSON, The question of relationship between Lichen planus (WILSON) und Lichen ruber (HEBRA). *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.* 1889. Bd. VIII. Heft 1, 2, 3.

Digitized by Google

Besnier hatte seine Erfahrungen über die Pityriasis rubra pilaris in einer vor kurzem in den *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie* erschienenen Studie niedergelegt.[4] Das in derselben reichlich aufgestapelte hochinteressante Material gibt uns einen klaren Begriff über die Hautaffektion, welche die Franzosen unter diesem Namen beschreiben, und wir können nicht umhin, den Standpunkt der französischen Dermatologen diesen Fällen gegenüber als vollkommen gerechtfertigt und begründet anzuerkennen. Es ersteht daraus die Pflicht, an der Hand dieses Materials den Lichen acuminatus der deutschen Autoren von neuem durchzustudieren, um auf die Frage, ob der letztere eine Existenzberechtigung habe, eine richtige Antwort zu erhalten.

Vergleichen wir vor allem, indem wir vorderhand von den Untersuchungen Unnas ganz absehen, das Bild der Pityriasis rubra pilaris mit der Beschreibung, welche Hebra und Kaposi vom Lichen ruber, eigentlich von dem hier nur allein in Betracht kommenden Lichen ruber acuminatus entworfen haben.

Nachdem sich bei der Pityriasis rubra pilaris eine starke Verdickung der Hornschicht der Handflächen und Fufssohlen, verbunden mit Abhebung zumeist dicker Hornmassen und Auftreten seichter Rhagaden (s. den Fall Richaud, in welchem die Rhagaden nie mit Borken bedeckt waren und nie näfsten), sowie eine erhebliche Pityriasis capitis und eine diffuse, mit Abschuppung verbundene Röte verschiedener Hautstellen, gewöhnlich des Gesichts und Halses, entwickelte, treten konische, harte, den Haarfollikeln entsprechende, gewöhnlich nicht oder wenig juckende Epidermishügelchen auf. Dabei macht sich öfters eine stärkere Talgsekretion — ersichtlich durch den auffallenden Fettgehalt der Schuppen, dem Auftreten grofser Komedonen etc. bemerkbar. Die flachen Hügelchen selbst, welche die Hornkegel tragen, sind von normaler Hautfarbe — s. die Tafeln Besniers — oder blafsrot. Nur an wenigen Stellen heifst es im Artikel Besniers die Basis der Hornmassen sei von einem hyperämischen Hofe umgeben, und in der Fortsetzung der von Richaud entworfenen Krankengeschichte von Hallopeau werden die Papeln als von braunroter Farbe beschrieben. Der Hauptbestandteil der konischen Erhebungen besteht in harten Hornmassen, welche beim Darüberfahren das Gefühl des Reibeisens hervorbringen. Dies ist besonders ersichtlich aus einer Krankengeschichte Devergies, wo die Papeln nach einfachen Bädern, also durch Loslösung der Hornmassen, verschwinden, sich aber nach einigen Tagen wieder von neuem bilden; des weiteren heifst es an mehreren Stellen, dafs durch das Kratzen der Fingernägel der ganze Hügel beinahe vollkommen zerstört werden kann, was sich doch nur so auslegen läfst, dafs nach Ent-

[4] Von derselben stehen mir bisher nur die ersten zwei Fortsetzungen zu Gebote.

Digitized by Google

fernung der Epidermiskegel kaum noch etwas von der Papel zurückbleibt. Die Affektion führt selbst bei noch so langem Bestande nur ausnahmsweise zu stellenweiser stärkerer Verdickung des Corium, noch weniger aber zu Atrophie desselben. Die Haut erhält ihr hartes, pergamentartiges, rauhes Anfühlen nur durch die verdickte Hornschicht über den stellenweise konfluierenden Hügeln.

Aus diesen Beschreibungen der Primäreffloreszenzen und ihrer weiteren Entwickelung ergeben sich schon wichtige Differenzen zwischen der Pityriasis rubra pilaris und dem Lichen ruber acuminatus, wie er von HEBRA und KAPOSI beschrieben wurde, auf welche wir schon hier eingehen wollen. Die Papel der Pityriasis rubra pilaris ist, wie wir sahen, hauptsächlich durch eine Verdickung der Hornschicht gebildet. Die geringe Anschwellung des Papillarkörpers unter dem Hornkegel ist für den Prozefs nur von sekundärer Bedeutung. Bei der Papel des Lichen ruber acuminatus ist gerade die Infiltration der obersten Lagen des Corium rund um die Haarfollikel als das Charakteristische hervorzuheben. Es tritt hier eine zumeist dunkelrote, derbe, konische Papel auf, auf deren Spitze die Hornschuppe sitzt. Deshalb entstehen auch durch das Konfluieren dieser Papeln derbe Infiltrationen und erhebliche Verdickungen des Corium[5], die manchmal an der Oberfläche nur wenig schilfern. In den akuteren Stadien der Pityriasis pilaris (z. B. in dem Falle BOEKS[6]) ist eine allgemeine starke Hyperämie und Schwellung der Haut vorhanden, nach dem Zurücktreten derselben bleiben auch hier wieder nur die Hornkegel zurück, keine diffuse Infiltration.

Durch die Verdickung der Haut bei Lichen acuminatus resultiert eine Erschwerung der Bewegung in den Gelenken, welche noch dadurch vergrößert wird, dafs nun auch tief bis ins Corium reichende Rhagaden, besonders an den Handflächen und Fufssohlen, an Zehen und Fingern, an Hand- und Fufsgelenk auftreten. Der Haarausfall und die Nagelveränderungen sind beiden Prozessen gemeinsam. In einzelnen Fällen von Pityriasis rubra pilaris bemerkte VIDAL rascheres Wachstum dieser epithelialen Anhangsgebilde. Die Psoriasis palmaris bei der DEVERGIEschen Krankheit eines der frühesten Symptome, entwickelt sich nur im weiteren Verlaufe des L. acuminatus. Bei der Lokalisation des Lichen acuminatus ist im Gegensatze zur DEVERGIEschen Krankheit eine Bevorzugung der Beugeflächen bei lokalen Ausbrüchen hervorzuheben, während bei der letzteren gerade die Streckflächen mit Vorliebe befallen werden, und eine ganz besondere Prädilektionsstelle, welche fast in allen Fällen

---

[5] Eine Hautfalte mifst nun, nach der Beschreibung HEBRAS, mehr als das doppelte des Normalen im Querdurchschnitt.

[6] *Monatsh. f. prakt. Dermatologie.* 1889. No. 3.

Digitized by Google

befallen und dabei für die Krankheit jedenfalls ein wertvolles Charakteristikum unter den übrigen zu sein scheint, die Follikelgruppen des Rückens der 1. und 2. Fingerphalangen bilden. Der Juckreiz, in den Fällen von Pityriasis rubra pilaris verschieden, ist nach HEBRA auch bei universellem Lichen acuminatus nicht allzu stark, und auch die vegetative Sphäre im Anfange des letzteren nicht beeinflufst, doch ist hervorzuheben, dafs, während die mit Lichen acuminatus Behafteten schon während sie sich sonst bei guten Kräften befinden über Frösteln und Unbehagen klagen, dies bei den Kranken der Franzosen nur ganz ausnahmsweise bemerkt wird. Die letzteren sind — man verzeihe mir diese Ausdrucksweise — die Symptome ihrer Hautaffektion abgerechnet gesund, die ersteren auch dann noch krank. Bei längerem Bestande universeller Fälle von Lichen acuminatus wird die Nutrition von Tag zu Tag geringer. Der Kräfteverfall steigert sich immer mehr, und bei ungeeigneter Behandlung kann unter Marasmus endlich der Tod durch die Hautkrankheit eintreten. Der Behandlung setzen beide Prozesse einen ziemlich hartnäckigen Widerstand entgegen, und es besteht bei beiden eine ziemliche Neigung zu Recidiven Bei der Heilung treten jedoch wieder Unterschiede hervor, welche ebenfalls durch den differenten Sitz beider Krankheitsprozesse bedingt sind. Die Pityriasis pilaris, die Affektion der Epithelschicht, verschwindet nämlich spurlos, der Lichen acuminatus hingegen läfst gewöhnlich für einige Zeit Pigmentflecke zurück.

Wenn nun die Vergleichung der von den Franzosen und von den Wienern entworfenen Krankheitsbilder auch gewisse unzweifelhafte Differenzen ergibt, welche der Idendität beider Prozesse, wie sie BROCQ vermutet, widersprechen, so läfst sich nicht leugnen, dafs den Verfechtern der Verschiedenheit beider Affektionen der Mangel einer genügenden Anzahl von Krankengeschichten des Lichen acuminatus der Wiener den Standpunkt erschwert. Die Pityriasis rubra pilaris ist gerade in der letzten Zeit durch die ausgezeichnete Arbeit BESNIERS scharf umschrieben, worden, ihr Krankheitsbild durch eine Fülle von interessanten Krankheitsgeschichten illustriert worden, und eben durch die letzteren ist der Krankheitsbegriff Pityriasis rubra pilaris vollkommen sichergestellt.

Wie steht es aber mit dem Lichen ruber acuminatus? Die Definition, die Beschreibung der einzelnen Symptome, des Ausganges, der Komplikationen etc. des Prozesses ist vollkommen gegeben. Und doch ist das Traktat HEBRAS und KAPOSIS über den Lichen acuminatus ungenügend. Der Mangel der Veröffentlichung der Krankengeschichten, in welchen wir die Peripetien der Affektion im Einzelfalle verfolgen könnten, aus welchen wir lernen könnten, wie die Grenzen dieser Klasse beschaffen sind, welches Material unter diesem Namen zusammengefafst ist, macht unser

Digitized by Google

Urteil in dieser Frage zu einem nicht genügend sichern. Auch die Abgrenzung von der damals schon seit einigen Jahren bekannten Pityriasis pilaris der Franzosen ist unterlassen worden, es geschieht ihrer an der betreffenden Stelle überhaupt keine Erwähnung. Brocq und Róna konnten eben infolge dieser Unterlassungen zu dem Vorschlage gelangen, den Lichen acuminatus von nun an überhaupt gänzlich zu übergehen. Und eben infolge dieser nicht genügend auf das Detail eingehenden und die Ergebnisse der französischen klinischen Studien vernachlässigenden Beschreibung der Wiener war das Feld zu Verwechselungen um so weiter geöffnet, als ja Berührungspunkte beider Prozesse, Ähnlichkeiten ihrer klinischen Symptome genügend vorhanden sind. Ein Beispiel hierfür registrierte Brocq von Lustgarten, dem doch niemand Oberflächlichkeit in der Diagnose vorwerfen wird, und der in Paris einen unzweifelhaften Fall von Pityriasis rubra pilaris für Lichen ruber acuminatus diagnostizierte. Weitere Beispiele sind die Acuminatusfälle der Amerikaner (Taylor, Robinson), welche die Franzosen mit Recht für ihre Pityriasis rubra pilaris reklamieren. Diese Unsicherheit in der Abscheidung der beiden Prozesse, oder vielmehr diese vermeintliche Sicherheit in der Diagnose ist uns durch die Vernachlässigung der Devergieschen Krankheit; ist uns dadurch erklärlich, dafs in Wien selbst, wie wir glauben, unzweifelhafte Fälle der letzteren zum Lichen acuminatus gerechnet wurden. Bei der in Einzelheiten ganz frappanten Ähnlichkeit beider Prozesse und bei dem auffallenden Umstande, dafs in Deutschland keine Pityriasis pilaris, bei den Franzosen kein Lichen acuminatus diagnostiziert wurde, war es ja a priori wahrscheinlich, dafs die Fälle des betreffenden Krankheitsprozesses in den verschiedenen Ländern mit den dort üblichen Etiketten versehen wurden. Auf der Suche nach Krankengeschichten von Lichen acuminatus fand ich nun in den Berichten des Wiener allg. Krankenhauses einen Fall von Lichen ruber aus F. Hebras Klinik, der mir unzweifelhaft in die Gruppe der Pityriasis pilaris zu gehören scheint. Ich teile diesen Fall hier in extenso mit.[7] Dieser Fall betraf einen 15jährigen Handlungslehrling, der sich vom 24. Juni 1869 bis 21. April 1870 auf der Abteilung für Hautkranke befand.

Er gab an, seit seinem 6. Lebensjahre an dem Übel zu leiden. Bei der Aufnahme zeigte sich der Kranke schmächtig, schlecht genährt, seinem Alter entsprechend wenig entwickelt. — Beide Flachhände waren von einer dickschwieligen Epidermis bedeckt, welche Schwiele am Rande des Handtellers scharf begrenzt aufhörte. Auf der Rückenfläche der Phalangen, der Hand, der Vorderarme, in der Ellbogen-

[7] Leider stehen mir nur die Berichte vom Jahre 1858 an zu Gebote und ich konnte die früheren Fälle nicht in Betrachtung ziehen.

Digitized by Google

beuge, Kniekehle, Leistenbeuge am Rücken und an vielen andern Körperstellen braunrote, stecknadelkopfgroſse, konische, an der Spitze je ein Schüppchen tragende Knötchen, die sich sehr rauh und trocken anfühlten. Sie waren an einzelnen Stellen disseminiert, an andern in Gruppen und Kreisen, und da, namentlich aber auf den Phalangen, den Follikeln entsprechend angeordnet; an noch andern Stellen dicht aneinandergereiht, so daſs sie ausgedehnte Strecken der Haut in Form diffus geröteter, mit den geschilderten Knötchen besetzter und namentlich von solchen umsäumter, stellenweise schuppender Flecke okkupierten. Nirgends Nässen oder über die Knötcheneffloreszenz hinausgehende Entwickelungsformen. Überdies waren am ganzen Körper die Haarfollikel als der normalen Haut gleichgefärbte Knötchen hervorragend, wie bei Cutis anserina. Körpergewicht 52 Pfd. Patient erhielt asiatische Pillen in steigender Dosis nach der bei uns geübten bekannten Methode. Am 29. Juli waren bereits sichtliche Veränderungen eingetreten. Über gröſsere Strecken der erwähnten konfluierenden Plaques hatten sich die Schuppen gröſstenteils losgeschoben. Die Haut war daselbst weniger gerötet, weniger drusig. Körpergewicht 53½ Pfd. Bisher die Summe 178 Pillen. Allein während der folgenden Zeit stellten sich trotz der fortgesetzten Behandlung Nachschübe ein. Am 13. September war der Kranke bei 12 Pillen per Tag, d. i. 1,2 Gran arsenige Säure, angelangt und hatte in Summa 692 Pillen genommen.

Im weiteren Verlaufe der Behandlung wurden noch Sodabäder in Anwendung gezogen, und am 21. April 1870 wurde der Patient entlassen, mit der Weisung, die Pillen — er hatte bis dorthin 2200 Pillen, also 220 Gran arsenige Säure genommen — noch einige Zeit weiter zu nehmen. Zu dieser Zeit waren noch einige Residuen der Plaques, sonst nichts zu sehen.

Trotzdem einzelne Symptome, wie die Pityriasis capitis, welche in den von Besnier mitgeteilten Krankengeschichten beinahe immer zugegen war, fehlen, glaube ich doch diesen Fall der Pityriasis pilaris zuzählen zu dürfen. Von den übrigen in den Berichten zumeist nur sehr kurz und im Abriſs unter dem Namen Lichen ruber mitgeteilten Fällen scheinen einige dem Lichen planus, andre, wie es nach der in diesen Berichten üblichen Kürze nicht anders zu erwarten ist, nur mit ungenügender Sicherheit dem Lichen ruber acuminatus zugezählt werden zu müssen, ein vollkommen sicheres Urteil läſst sich nicht über alle fällen. Ein Fall aus dem Jahre 1868, pag. 221, scheint uns trotz mancher Ähnlichkeit mit der Pityriasis pilaris Devergie doch dem Lichen zugezählt werden zu müssen, da neben den übrigen charakteristischen Acuminatuspapeln, welche stellenweise zu mit tiefen, nässenden Rhagaden versehenen Plaques zusammenflieſsen, in der Wangenjochbeingegend flache,

Digitized by Google

derbe, schuppenlose Knötchen beschrieben werden. Ebenso scheint uns ein Fall aus dem Jahre 1867 — infolge der Beschreibung der Knötchen — Lichen acuminatus zu sein. Ein Fall aus dem Jahre 1874, pag. 204, hat sehr grofse Ähnlichkeit mit der Pityriasis rubra pilaris, kann aber auch nicht — infolge des Vorhandenseins roter, glatter, glänzender Knötchen und infolge des Umstandes, dafs die roten Papeln unterhalb der Hornkegel als ziemlich eleviert beschrieben werden — mit Sicherheit zu diesem Krankheitsprozesse hinzugezählt werden. Ein Fall aus dem Jahre 1877, pag. 263, und ein andrer aus dem Jahre 1884, pag. 187, sind interessant, weil hier Lichen planus mit einzelnen Symptomen der Pityriasis pilaris Devergie aufgetreten war. Beim ersteren nahm der Krankheitsprozefs mit einer Rötung und Verdickung der Haut beider Handteller seinen Anfang; der andre war mit Rötung des Gesichts und Schuppung der Augenlid- und Nasengegend sowie des behaarten Kopfes verbunden. Das allgemeine Wohlbefinden war bei diesen Kranken, mit Ausnahme eines Falles aus dem Jahre 1871 (höchst wahrscheinlich Lichen planus), bei dem in der Beschreibung das Wort marastisch vorkommt, keineswegs in hohem Grade gestört. Im Interesse der endgültigen Einigung in dieser brennenden Frage wäre es zu wünschen, dafs nun, nachdem uns Besnier eine Fülle von Beispielen der Pityriasis pilaris vorführte, die Wiener Schule auch zur Veröffentlichung der Fälle in extenso schritte, welche zur Aufstellung der Klasse Lichen ruber acuminatus, die nach der von dort ausgegangenen Charakteristik von der ersteren verschieden ist, führten, und auch die weiteren diesbezüglichen Beobachtungen im Detail zur Verfügung stellen würde. Es soll mit diesem Postulate nicht der geringste Zweifel an der Richtigkeit der hauptsächlichen Beobachtungen der Wiener Schule ausgedrückt werden, um so weniger, da ja doch gerade von hier aus für die Richtigkeit der Wiener Anschauungen in dieser Frage mehr als einmal eine Lanze gebrochen wurde.

Über das Verhältnis des Lichen ruber acuminatus und planus zu einander haben einige neuere Autoren verschiedene Ansichten geäufsert. Robinson und Taylor haben den Lichen acuminatus auch aus anatomischen Gründen vom Lichen planus abgeschieden, Der erstere sollte hauptsächlich eine Erkrankung des Epithelstratums sein, der letztere ein entzündlicher Prozefs des oberen Teiles des Corium. Diese Befunde werden, insofern sie sich auf den Lichen acuminatus bezogen, nach den Eröffnungen Brocqs über dieses Thema, natürlich der Pityriasis rubra pilaris zugeschrieben werden müssen. Die Untersuchungen der Wiener Schule (Neumann, Biesiadecki, Kaposi) haben jedenfalls ein stärkeres Befallensein des Corium gefunden, als dies die Amerikaner beschreiben.

Während die letzteren den Lichen acuminatus ganz von dem Lichen

Digitized by Google

planus abschieden, Brocq die meisten Fälle des ersteren der Pityriasis pilaris zuzählte, kam Rónas[8] durch aufmerksames Studium der Lichen-effloreszenzenzen und durch die Beobachtung ausgebreiteter Lichenfälle zu der Überzeugung, dafs die Fälle von Lichen acuminatus eigentlich dem planus beigezählt werden müfsten, dafs die erstere Klasse aufzugeben sei und dafs die Effloreszenzen der beiden Prozesse nur die verschiedenen Stadien oder Entwickelungsformen derselben primären Papel seien.

Die Ansicht Rónas stützt sich auf das Auftreten konischer schuppender Papeln mitten unter typischen Planuspapeln. Wir glauben, dafs für die Schuppenbildung über den Papeln des Lichen acuminatus, vielleicht auch für die Form derselben neben andern Ursachen hauptsächlich die Lokalisation am Haarbalge mafsgebend ist. Wir sehen schon bei den Papeln des Lichen planus, welche Haarbälge in sich schliefsen, eine konzentrische Anhäufung von Hornlamellen in den letzteren, wie ich dies in einer der Anatomie des Lichen planus zu widmenden Arbeit ausführen werde. Das zunächst ausschliefsliche Befallensein der Haarfollikel bei Lichen acuminatus, sowie die vermehrte Intensität des letzteren Prozesses erklären uns die Bildung der Hornauflagerungen auf den Papeln desselben. Die durch diese Lokalisation, welche schon aus den von Hebra erwähnten Untersuchungen ersichtlich ist, und durch die Intensität des Prozesses gegebenen Eigenschaften verursachen die Differenzen zwischen den Primäreffloreszenzen. Der oben erwähnte Befund gibt uns also auch die Erklärung der Bildung von Papeln, welche den Acuminatuspapeln der Form nach ähneln und zwischen den Papeln des Lichen planus zertreut auftreten.

Man könnte diesen Befund füglich neben den Einwänden anführen, die man gegen gewisse Mischformen des Lichen planus und acuminatus zu machen pflegt, dafs eine Untermischung einzelner akuminierter, schuppender Papeln unter die typischen Planuspapeln nun um so weniger als Beweis für die Vereinigung beider Prozesse bei einem Individuum gelten dürfte, als ja schon bei einfachen, typischen Planuspapeln eine stärkere Verhornung in den von ihnen enthaltenen Haarbälgen zu finden sei. Allerdings kann uns das Vorkommen einzelner kleinerer akuminierter, glatter oder manchmal auch schuppender Papeln vermengt mit typischen Planuspapeln nicht zu der Annahme berechtigen, dafs hier eine Mischform vorliege. Etwas anderes ist es aber um Fälle, wie sie Kaposi erwähnt, wo gewisse Regionen ausschliefslich oder zum gröfsten Teile mit Acuminatuspapeln, andre mit Planuspapeln befallen waren. Ich kann diesbezüglich einen Fall Rónas[9], der gerade den Standpunkt des

---

[8] *Orvosi Hetilap.* 1888.
[9] *Monatsh. f. prakt. Dermatologie.* Bd. VIII. Heft 6. 15. März. 1889. Fall XVI.

Digitized by Google

gegnerischen Lagers vertritt, citieren. In diesem Falle war auf den Streckseiten beider Vorderarme die Haut infiltriert und dieses Infiltrat durch Aneinanderreihen von tausenden von roten, spitzen, derben, mit Hornlamellen bedeckten Knötchen gebildet. Die Haut ist hier beim Anfühlen sehr rauh, raspelartig. Die Knötchen an der Beuge- und Seitenfläche der Vorderarme sind teils plan, teils spitz, rund, mit oder ohne harte Schuppen, dunkelrot. Aufserdem finden sich an verschiedenen Stellen des Körpers dunkelrote Infiltrate; an den Dorsalflächen der Füfse „zahlreiche typische, gelbe oder blafs- bis dunkelrote, polygonale, glänzende, flache Lichen planus-Knötchen." Die Schleimhaut des Mundes, Rachens und des Kehlkopfdeckels befallen. Der Fall hatte einen schweren Verlauf, wie ich vermute infolge irgend eines septischen Prozesses, worauf die Hauthämorrhagien, Nasenblutung, fortkriechende Erytheme und Ödeme, und Geschwürsbildungen hinzuweisen scheinen. Der Exitus letalis wurde durch eine interkurrierende Pneumonie verursacht. Dieser Fall mufs mit Rücksicht darauf, dafs HEBRA unter dem Namen Lichen exsudativus ruber reine Acuminatusfälle beschrieb, und dafs in dem eben citierten Falle die mit konischen Papeln versehenen Partien vollständig der Beschreibung HEBRAS und KAPOSIS entsprechen, als Mischfall aufgefafst werden.

Die Folgerungen, welche RÓNA aus der Beobachtung von Lichenfällen mit rascher und universeller Ausbreitung zieht, können wir, insofern sie sich auf den Lichen acuminatus beziehen, unserem bisher entwickelten Standpunkte gemäfs, auch nicht acceptieren. Wenn wir in einem Falle von universellem Lichen ruber neben diffus infiltrierten schuppenden Flächen hauptsächlich den Acuminatuspapeln entsprechende Effloreszenzen und aufserdem auch Planuspapeln sehen, so folgern wir aus diesen noch nicht auf die Identität der beiden Prozesse. Abgesehen davon, dafs HEBRA, KAPOSI und KÖBNER reine Acuminatusfälle erwähnen, dafs anderseits reine Planusfälle häufig sind, und indem wir hinweisen auf die verschiedene Lokalisation der Primäreffloreszenzen und die hauptsächlich dadurch bedingte verschiedene Form derselben, auf die gewöhnliche verschiedene Intensität und Extensität beider Prozesse, indem wir des weiteren die nicht abzuleugnenden Ähnlichkeiten und die beschriebenen Misch- und Übergangsformen in Betracht ziehen, können wir nur die Meinung äufsern, dafs die beiden Lichenformen, die durch gewisse Eigentümlichkeiten voneinander verschiedenen Unterarten einer gemeinsamen Klasse seien.

Die universellen Lichen planus-Fälle, auf welche RÓNA Bezug hat, können aber gegen jene amerikanischen Dermatologen zu Felde geführt werden, welche ganz besonders die Unterschiede im Verlaufe beider Lichenprozesse hervorhoben, die Tendenz des Lichen planus zum Befallen

Digitized by Google

umschriebener Stellen, und die des Acuminatus zu universeller Ausbreitung, die Verschiedenheiten der subjektiven Symptome etc., um die zwischen beiden Prozessen von ihnen geschaffene Kluft noch unübersteigbarer zu machen. Ganz abgesehen davon, dafs die Amerikaner, wie dies aus Brocqs Studie ersichtlich ist, gar keinen Lichen acuminatus beobachteten, so sind gerade diese universellen Lichen planus-Fälle Beispiele dafür, dafs diese Differenzen, welche ja zweifellos existieren und auch dazu beigetragen haben, die beiden Arten der Lichenklasse voneinander abzuscheiden, sich manchmal verwischen. Diese Fälle geben an rascher Entwickelung und universeller Ausbreitung dem Lichen acuminatus kaum etwas nach und gehen manchmal auch mit einer ziemlichen Störung des Allgemeinbefindens einher. Die folgenden Krankengeschichten mögen als besonders schöne Beispiele hiefür dienen.

H. L., 50jähriger Kaufmann aus Rufsland. Litt schon seit langer Zeit an Kopfschmerz, war „nervös und reizbar." Vor etwa 10 Wochen trat unter allgemeinem Unbehagen, Frösteln, Zittern der Hände, Abgeschlagenheit und Diarrhöe, Jucken in der Gegend der Genitalien auf, welche Patient nicht sonderlich beachtete. Er weifs aus diesem Grunde auch nicht anzugeben, ob der Ausschlag vor allem hier zum Ausbruch kam. Bald darauf entwickelte sich ein zuerst an den Handflächen, von da auf Handrücken und Vorderarm rasch weiterschreitender, bald auch den Rumpf und die Unterextremitäten befallender Ausschlag. Dabei wurde der Patient von Schlaflosigkeit und heftigem, anfallsweisen Jucken, besonders in der Schamgegend, und von Frostschauern geplagt, der Appetit verminderte sich; auch die Atmung wurde etwas schwerer und keuchend; er fühlte sich schwach und elend.

Status. Patient ist kräftig gebaut, jedoch an Kräften herabgekommen. Das Gesicht ist etwas gedunsen, blafs. Die inneren Organe normal. Der gröfste Teil der Körperoberfläche wird von einem aus kaum mohnkorn- bis stecknadelkopfgrofsen Knötchen und etwa linsengrofsen platten Infiltraten gebildeten Exantheme eingenommen . . . .

Die kleinsten punktförmigen Knötchen sind mohnkorngrofs, konisch, bräunlichrot, glatt, glänzend und vergröfsern sich durch peripheres Wachstum. Die Stellen, wo solche zum Ausbruch kommen, sind häufig durch eine von der normalen Haut differente Schattierung oder eine farblose, seichte, punktförmige Erhebung, oder nur durch auf einen Punkt beschränkten vermehrten Glanz — besonders in der Ellenbogenbeuge — markiert. Die stecknadelkopfgrofsen Knötchen, welche sich durch allmähliche Vergröfserung der vorigen bilden, sind polygonal, scharf begrenzt, rot, wachsartig glänzend, derb, wenig erhaben und mit glatter Kuppe versehen. Ihre Mitte wird zumeist von einer punktförmigen Einsenkung eingenommen. Stehen die Knötchen dicht aneinander, oder entstehen sie in enger Anordnung, dann konfluieren sie und es entwickeln sich etwa linsengrofse, plattenförmige, rotbraune, wachsig glänzende, glatte, teilweise feingefurchte, ziemlich derbe Infiltrate, welche häufig eine oder mehrere punktförmige Stellen, oder ein etwa linsengrofses eingesunkenes Zentrum aufweisen. An der Handfläche sind die Knötchen besonders derb, dieselben und ganz besonders die gröfseren Infiltrate sind von einer dicken, harten, gespannten Hornschicht, die aber mit der Hornschicht der Nachbarschaft in einer Flucht zusammenhängt, bedeckt. Die so aussehenden Infiltrationen sind zum Teil nicht gedellt und sehen einer Schwiele ähnlich. Andre haben eine ausgeprägte eingesunkene Mitte, welche

Digitized by Google

von einem kranzartig herumlaufenden, mit gelblicher, harter Hornschicht bedecktem Walle umgeben sind. Stellenweise sind die Infiltrate von einem roten hyperämischen Hofe umgeben, oder die dichtstehenden Knötchen sind auf hyperämischem Grunde aufgeschossen. Auf dem Daumenballen der linken Hand verlaufen drei weifse perlmutterartige, scheinbar tiefliegende, linienförmige, gerade von der Handwurzel und innen nach aufsen und dem Daumen zu verlaufende Streifen. Die Nägel sind etwas deformiert, mit in der Längsrichtung des Nagels verlaufenden, grubenförmigen Vertiefungen und Furchen versehen; auf dem Fingerrücken und den Nagelwurzeln sind kleine und gröfsere Knötchen vorhanden. An den Vorderarmen befinden sich die hier heller roten Knötchen und Infiltrate zum gröfsten Teile an der Beugeseite, doch sind auch die Ellbogen mit einigen Knötchen versehen. Die Knötchen des Vorderarms und der Ellbogenbeuge sind flacher und setzen sich zu flacheren, roten, gefurchten, etwa pfenniggrofsen Infiltraten zusammen.

Die Effloreszenzen ziehen an der Innenfläche des Oberarms durch die Achselgrube und der Seitenfläche des Thorax an die untere Hälfte der Brustwand und des Rückens, an den Bauch und stehen an der Seitenwand des Thorax, Oberarm, Nabel und Kreuzbein am dichtesten. In der Schamgegend ist die Anordnung wieder enger. An der Haut des Penis, der Glans und des Skrotum sind die Knötchen glänzender, glasartig, verbinden sich weniger zu flächenhaften Infiltraten, sind aber hier in ziemlich grofser Menge vorhanden. Am Skrotum stehen sie in Reihen, welche untereinander anastomosierend eine netzartige Zeichnung resultieren. Die Knötchen der Unterextremitäten besonders dicht geordnet in der Kniebeugegegend, unterscheiden sich durch etwas dunkler rote Färbung, durch die an einzelnen aufgetretene Abschuppung und durch etwas gröfsere Derbheit von den übrigen. Die Fufssohle ist von dem Prozesse freigebliebenen, ebenso Gesicht, Hals und behaarter Kopf. Die Haare der Achselhöhle und Schamgegend, sowie die Lanugohärchen unverändert. Seit dem Auftreten der Krankheit ist vermehrte Schweifsabsonderung, besonders an den Handflächen vorhanden.

Am 7. Mai klagt Patient über ein unangenehmes spannendes Gefühl in der Zunge und geringe Schlingbeschwerden, die Inspektion der Mundhöhle konnte keine sicheren Veränderungen nachweisen. Nach 2 Tagen konnte man je einen silberweifsen, etwa erbsengrofsen Fleck beiderseits an der Wangenschleimhaut und am weichen Gaumen entdecken, an der obern Fläche der Zunge, dem Zungenrande zu sieht man die Papillen verlängert von hellweifser Hornschicht bedeckt. In der nächsten Woche am 15. Mai wird dem Patienten infolge von schmerzhaften Empfindungen der Sohle das Gehen beschwerlich, und auch beim Liegen hat er ein brennendes Gefühl in der Planta; einige Tage später zeigt er uns die bisher freigebliebene Planta mit normal gefärbten, halbkugeligen, etwa pfefferkörner- bis erbsengrofsen, derben, nicht schuppenden Hügeln besetzt, und auch auf den Fufsrücken sind viele neue Knötchen aufgetreten. Das unangenehme Gefühl in den Füfsen läfst in den folgenden Tagen nach. Die in der Beschreibung hervorgehobenen dicht gesäten, glänzenden Punkte und kleinsten Erhebungen vermehren sich besonders in der Ellbogenbeuge und vereinigen sich zu einem ganz oberflächlichen, hellroten, hier und da diskontinuierlichen Infiltrat. Ähnliches geschieht auch in der Kreuzbeingegend und am Ellbogen und an beiden Unterextremitäten. Behandlung von Mitte Mai an Ung. chrysarob. comp. (Chrysarobin, Ichthyol ää 5,0, Acid. salicyl. 2,0, Ungt. simpl. 100,0) auf die linke, Ung. pyrogall. comp. (Pyrogall. Ichthyol ää 5,0, Acid. salicyl. 2,0, Ung. simpl. 100,0) auf die rechte Seite. Wegen des Juckens wird den Salben je 4 % Acid. carbolic. beigemischt, worauf dasselbe nachläfst. Unter dieser Behandlung flachen die Knötchen ab, am hartnäckigsten widerstehen sie an den Handtellern. Gegen die während dieser Behand-

Digitized by Google

lung auftretende Reizung der Haut wird Zinkoxydleim 1—2 Tage angewendet und dann wieder zur früheren Behandlung zurückgekehrt. Der Patient nimmt dabei (aus von UNNA an anderm Orte[10] ausgeführten Gründen) gegen eine etwaige Intoxikation mit den reduzierenden Mitteln prophylaktisch Salzsäure innerlich.

Da die mit Pyrogallussalbe behandelte Seite besser vorwärts zu schreiten scheint, werden vom 10. Juni an beide Seiten mit derselben behandelt. Die Veränderungen der Mundschleimhaut und an der Sohle sind fast vollkommen geschwunden. Der Kranke, welcher auch gegenwärtig in unsrer Behandlung steht, befindet sich, ein geringes Jucken abgerechnet, ganz wohl.

Dieser Fall, so rasch in seiner Entwickelung, so universell in seiner Ausbreitung, so intensiv in seinen Symptomen von Seite des Allgemeinbefindens, unterscheidet sich eben infolge dieser Erscheinungen von den landläufigen Typen dieser Krankheit, welche doch von den Patienten zumeist mit ziemlicher Gemütsruhe — sit venia verbo — ertragen wird, gewöhnlich nur zirkumskripte Stellen des Körpers befällt, hier hartnäckig ausharrt und keine Neigung zur raschen Weiterverbreitung besitzt. Dieser Fall, in der Form und Entwickelung der Effloreszenzen, in dem vorzugsweisen Auftreten derselben an gewissen Prädilektionsstellen (Gelenksbeugen, Penis, Skrotum) mit dem gewöhnlichen Lichen planus vollkommen identisch, leitet durch die Intensität und Extensität der Erscheinungen zum Lichen ruber acuminatus der Wiener über.

Bei dem zweiten Falle kam es in kurzer Zeit zum diffusen Befallensein eines grofsen Teiles der Körperoberfläche.

Bei diesem Patienten, Arzt aus Rufsland, hat sich im Laufe von etwa 3 Monaten folgender Zustand herausgebildet: Der ganze Rumpf, die oberen und unteren Extremitäten, kurz, der ganze Körper mit Ausnahme von behaartem Kopf, Gesicht und obere Teile des Halses, ist von etwa mohn- bis stecknadelkopfgrofsen, braunroten, glänzenden, mit punktförmiger Delle versehenen, runden oder polygonalen, derben, juckenden Knötchen besetzt, die da und dort besonders auf den Unterextremitäten ein wenig abschilfern und hauptsächlich den Furchen der Haut entsprechend angeordnet sind. Der ganze Rücken vom ersten Brustwirbel bis in die Nähe des Kreuzbeins und nach vorn zu beiden Seiten des Thorax war diffus braunrot, kaum schilfernd, mäfsig infiltriert; die Ränder dieser Fläche gebuchtet oder aus kleinen Bogenlinien zusammengesetzt. In der Nachbarschaft derselben stehen die Knötchen etwas dichter. An der Brust befinden sich zwei, oberhalb der Interskapullargegend eine je von einem Knötchenkranze umgebene, ziemlich regelmäfsig runde, auf das Niveau der gesunden Haut eingesunkene, blafs-bräunlich pigmentierte, etwa Markstück grofse Stellen. Nägel nicht affiziert, ebenso wenig Hand-

[10] *Verhandlungen des Kongresses für innere Medizin*, herausgegeben von LEYDEN und PFEIFFER. UNNA, Ein Fall geheilter Lepra tuberosa.

Digitized by Google

flächen und Fußsohlen, kein Haarausfall. Der Patient, ein kräftig gebauter, älterer Mann, befindet sich, das Jucken abgerechnet, ganz wohl.

Wir haben im vorhergehenden auf die Unterschiede hingewiesen, welche zwischen dem Lichen ruber acuminatus der Wiener und der Pityriasis rubra pilaris zu bestehen scheinen, wir haben auch die Existenz von Mischformen zwischen Lichen planus und acuminatus bestätigen können und endlich Übergangsbilder in der Ausbreitung und Intensität der Lichen planus-Form zum acuminatus vorgeführt. Eine weitere kräftige Stütze für die Zusammengehörigkeit der beiden Lichenarten würden nun Fälle bilden, wo die eine Form die andre substituierte, in die andre sich umwandelte. Solche Fälle hat nun UNNA beschrieben, in welchen sich zurückbildende Lichen acuminatus-Papeln in Lichen planus-Plaques umwandelten. Die Berechtigung der Diagnose Lichen acuminatus wurde nun von verschiedenen Seiten, hauptsächlich aber von BROCQ und ROBINSON angezweifelt. ROBINSON schlug übrigens in einer ausgezeichneten Arbeit über den Lichen diesbezüglich nur einen viel schärferen Ton an, sagte aber sachlich wenig mehr als schon BROCQ vor ihm vorgebracht hatte. UNNA hat auf die Einwendungen BROCQS zu jener Zeit seine Gegengründe angeführt, auf welche ich hier nicht des besonderen einzugehen beabsichtige.

Um den Standpunkt meines verehrten Lehrers in dieser Frage am besten zu kennzeichnen und die Umstände, welche ihn zur Diagnose des Lichen acuminatus in diesen Fällen führten, zu beleuchten, gebe ich in folgendem einen Teil einer Vorlesung, welche er uns letzthin über seine Acuminatusfälle hielt.

„Während eines vollkommen gesunden Zustandes der betreffenden Individuen tritt besonders an den Extremitäten, aber auch auf dem Rumpfe, seltener am Halse, ein juckendes und brennendes Erythem mit Temperaturerhöhung der betreffenden Hautstellen auf. Dasselbe bildet anfänglich etwa handtellergroße Flecke, verbreitet sich aber bald in Schüben über große Flächen des Körpers und kann endlich den größten Teil desselben einnehmen. Über diesem Erythem und in der Nähe der Grenzen desselben treten nun Papeln auf, welche der Lokalisation nach den Haarfollikeln entsprechen und einen „labilen“ Charakter haben, d. h. sie treten unter plötzlicher Aufregung des Kranken auf, verschwinden aber zum Teil, nachdem sich die Aufregung des Kranken gelegt hat, oder nach Anwendung beruhigender Mittel. Sie sind durch einen plötzlichen Spasmus der Arrectores hervorgebracht. Oft nach einigen Tagen schon bilden sich an diesen Stellen Knötchen aus, welche auch nach Sistieren des Spasmus verbleiben, durch Spannen, Ausziehen der Haut nicht verschwinden, sich nicht verdrängen lassen. Dieselben sind tiefrot, ziemlich eleviert, konisch, glänzend (ihre Hornschicht ist gespannt), von einem

Digitized by Google

Härchen durchbohrt und mit einem feinen Schüppchen versehen. Sie bleiben im weiteren Verlaufe des Prozesses immer auf diesem Stadium der Entwickelung stehen und gehen nie eine Umwandlung in Bläschen oder Pusteln ein. Auch in diesem Stadium treten häufige Anfälle auf, während welcher der Kranke von starker Unruhe, Frösteln, unerträglichem Jucken geplagt wird, und während welcher die eben beschriebenen Knötchen ebenso wie die normalen Follikel durch den Spasmus der Arrectores mehr hervortreten. Nach mehreren Wochen, während welcher sich die Papeln immer mehr anhäufen, schwillt die Haut auch zwischen denselben entzündlich auf, und in dieser diffusen blau-grauroten Anschwellung gehen die einzelnen Papeln unter. Über derselben macht sich eine erhebliche Abschuppung bemerkbar, und die kratzenden Finger ziehen weifse Streifen in der verdickten, rauhen Hornschicht. Dabei besteht immerfort leises, anfallsweise starkes Jucken. Infolge der häufigen Attacken, des fortwährenden Juckens, der Frostschauer, der dadurch bedingten Schlaflosigkeit und Nervosität, des Appetitmangels tritt sehr bald eine Abmagerung des Patienten ein. Die Patienten machen den Eindruck schwer Kranker, sind hohläugig, mit eingefallenen Wangen, an Kräften herabgekommen. Gesicht und behaarter Kopf zeigen gewöhnlich keine Knötchen, doch ziehen manchmal rote schuppige Streifen durch das Gesicht, und auch der behaarte Kopf wird gerötet und stark schilfernd. Auch tritt manchmal Haarausfall auf. Eine Veränderung der Nägel war in den von mir beobachteten Stadien nicht aufgetreten. In dieser Weise kann sich die Affektion monatelang hinziehen. An den Stellen, wo die Affektion abheilt, bildet sich eine charakteristische, dunkle Pigmentation aus, die in einem Falle allein genügte, um meinem Freunde H. Hebra die Diagnose Lichen ruber acuminatus mit Sicherheit stellen zu lassen."

Als Dr. Unna die ersten Fälle dieser Art zu beobachten Gelegenheit hatte, war er lange Zeit unschlüssig, welche Diagnose er zu stellen hätte. Es führten ihn endlich folgende Umstände zur Diagnose Lichen ruber acuminatus in seinen Anfangsstadien. Vor allem ist es der Bau der Primäreffloreszenzen, welche seine Fälle mit denen des Lichen acuminatus Hebra-Kaposi gemeinsam haben. Bei beiden bildet eine Entzündung der oberflächlichsten Lagen des Corium in der Umgebung des Haarfollikels hauptsächlich die rote, derbe, von einer Schuppe gekrönte Primäreffloreszenz, welche sich hier wie dort nicht weiter verändert. Bei beiden besteht des weiteren eine Irritabilität des Nervensystems, welches ein Zeichen schon in dem Spasmus der Arrectores gibt (Gänsehaut), und welche natürlich bei dem akuteren Charakter der Unnaschen Fälle viel prononzierter ist und sich auch in sonstigen Symptomen (Jucken, Frösteln, Unruhe, Aufregung) hier mehr in den Vordergrund drängt. Bei beiden

Digitized by Google

Prozessen kommt es dann zu diffusen Infiltraten, welche schuppen. Die Schuppenbildung und die Infiltration der Cutis sind wieder bei der mehr chronischen HEBRA-KAPOSIschen Form mehr ausgeprägt. Der Haarausfall ist beiden Prozessen gemeinsam, während es zu Nagelveränderungen in den UNNAschen Fällen noch nicht gekommen war. Beim Abheilen des Prozesses endlich kommt es bei UNNAS Fällen zu einer dunklen Pigmentierung, welche auch für die HEBRA-KAPOSIschen angegeben wurde und welche für beide charakteristisch ist. Aus diesen Gründen zählte UNNA die von ihm beobachteten Fälle dem Lichen acuminatus zu und folgerte aus dem Übergang einzelner Fälle[11] in Lichen planus auf die Verwandtschaft des ersteren mit dem letzteren.

Wollen wir auch gegen diese Fälle eine extrem reservierte Stellung einnehmen, so müssen wir doch zugeben, dafs UNNA jedenfalls eher berechtigt war diese Fälle dem Lichen acuminatus HEBRA anzugesellen, als sonst einer bekannten papulösen oder schuppenden Hautaffektion.

Die Krankheiten, die hier aufser dem Lichen acuminatus beim Vergleiche am ehesten in Betracht kommen, sind das Ekzema papulosum und folliculare, die Pityriasis rubra und die Pityriasis pilaris DEVERGIE.

Auf eine Verwechselung mit Pityriasis rubra wird bei dem Vorhandensein der Primäreffloreszenzen, der Schwellung und späteren Infiltration, dem intensiven Jucken etc. wohl niemand ernstlich denken. Die Knötchen des Ekzema papulosum ähneln allerdings denen der UNNAschen Acuminatusfälle, jedoch sind sie vor allem nicht mit Ausschliefslichkeit, ja nicht einmal mit besonderer Vorliebe an den Haarfollikeln entstanden, tragen nicht alle das Schüppchen, und von einer konkomittierenden Gänsehaut ist hier ebenso wenig die Rede, wie bei dem Ekzema folliculare, bei welch letzterem es übrigens ebenfalls stellenweise zu diffusen Infiltrationen, nicht aber zu so intensiven diffusen Rötungen und Abschilferungen zu kommen pflegt. Weitere Unterschiede beiden gegenüber bilden die übrigen klinischen Symptome, auf die UNNA ja speziell Gewicht gelegt hat, die nervösen Erscheinungen und die rasche Abmagerung und Schwächung der Patienten. Die von UNNA beschriebenen akuteren Fälle von Lichen ruber acuminatus, die man füglich in Rücksicht der sie begleitenden nervösen Symptome mit dem Epitheton „neuroticus“ versehen könnte, unterscheiden sich schon durch die Schwere der Krankheitsbilder von den beiden genannten Ekzemarten. Es blieb also nur der Lichen acuminatus HEBRA und die Pityriasis pilaris DEVERGIE. Ähnlichkeit besitzt diese Affektion ja mit beiden, was uns bei der Ähnlichkeit der beiden untereinander ja nicht wunder nehmen kann.

---

[11] Dr. UNNA hat seitdem noch einen ähnlichen Fall beobachtet.

Digitized by Google

Wir haben oben auf die Umstände hingewiesen, welche diese Fälle mit der von F. HEBRA und KAPOSI gegebenen Beschreibung in Verbindung stellen liefsen. Wir können hier unsere Verwunderung darüber nicht unterdrücken, dafs man diese Fälle so kurzer Hand beiseite schieben, oder in andre „gewöhnliche" Klassen von Dermatosen (Ekzema papulosum) einreihen wollte. Jetzt, nachdem wir aus der ausgezeichneten Publikation BESNIERS an einer grofsen Anzahl von Beispielen sehen, was unter dem Namen Pityriasis pilaris DEVERGIE zusammengefafst wird, ist es ein Leichtes zu zeigen, dafs z. B. der zweite Fall UNNAS zu dieser Affektion gezählt werden darf. Dagegen kann der von BESNIER citierte Fall von TILBURY FOX neben dem letzteren angeführt werden.

„Bei einem 62jährigen Staatsbeamten war anfangs Januar 1882 unter heftigem Jucken zuerst am rechten Beine, dann an den Handgelenken, Dorsalfläche der Vorderarme und schliefslich am Gesicht und Rumpf eine sich immer verstärkende Rötung aufgetreten, auf welcher kleine Knötchen sichtbar wurden und bald eine mäfsige Schuppung sich entwickelte. Das Jucken und häufig eintretende Frostschauer (kein Fieber) verursachten Schlaf- und Appetitlosigkeit. Abnahme des Körpergewichts in 3 Monaten 50 Pfund. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus (12. April) war die Gesamtdecke durchweg matt graurot, mit feinem Schilfer bedeckt, bei genauer Betrachtung eine Unzahl feiner, roter, mit Schuppen bedeckter Hügelchen aufweisend. An Stellen, wo die Haut normal gefärbt war, traten die roten Papeln deutlicher und gröfser, wie eine rote Gänsehaut hervor. An den unteren Partien des Körpers zogen die kratzenden Finger breite weifse Streifen von sich lösenden Schüppchen auf der dunklen grauroten Fläche. Im Gesichte nur einfache Pityriasis mit flecken- oder streifenweiser Rötung, besonders um die Augenbrauen, in der Nasolabialfurche, an der Grenze des Backenbartes und des Stirnhaares, hier in eine gleichmäfsige Pityriasis capitis übergehend. Der Charakter der Papeln trat am deutlichsten am Handrücken und Vorderarm hervor. Sie waren alle hochrot gefärbt, nicht durchscheinend, spitz konisch zulaufend und mit einem Schüppchen gekrönt. An Stellen, wo die Rötung und Infiltration der Papillarschicht am intensivsten war, trat der papulöse Charakter ganz zurück. Stellenweise machte sich eine diffus bräunliche Pigmentierung geltend."

Wir wollen nun zum Vergleiche die Krankengeschichte von TILBURY FOX aus BESNIERS Artikel im kurzen Abrisse hierher stellen.

„Beginn der Krankheit 6 Monate vor der Aufnahme ins Hospital in Form von roten Flecken — (blotches ist im französischen Texte fälschlich mit „pustules" übersetzt) —, welche den nächsten Tag mit einer „dicken Haut" bedeckt waren, auf der Brust. Im Verlaufe einer Woche wurde der ganze Körper und Kopf rot, ein wenig schuppend. Dabei litt der Kranke viel von einer brennenden Hitze — (chaleur brûlante) —. Die Abschuppung nahm später einen lamellösen Charakter an. Nach 2 Monaten sah TILBURY FOX den Kranken in demselben Zustande. Das Gesicht war rot, heifs, trocken und — so wie der Kopf — Sitz einer leichten Pityriasis. Der Kranke litt noch immer an der brennenden Hitze und war abgemagert. Einige Wochen später war der ganze Rücken und beide Oberarme mit blafsroten, prominenten, stecknadelkopfgrofsen, um die mit Hornzellen vollgepfropften Haarfollikel

Digitized by Google

sitzenden Punkte und Knötchen in Form einer exagerierten Gänsehaut besäet. Am Nacken waren die Knötchen eng aneinander gedrängt. An der Vorderfläche des Stammes ist die Krankeit weniger, an der vorderen Fläche der Arme wieder sehr stark ausgeprägt. Hände und Füfse geschwollen, schmerzhaft. Nägel brüchig. Haare zumeist ausgefallen."

Das rasche Vorwärtsschreiten des Erythems über den ganzen Körper, die lokale Temperaturerhöhung, die stark ausgeprägten Symptome von seiten des subjekt. Befindens, der Wechsel zwischen Erythem und der Cutis anserina, die rasche Abmagerung, dabei noch das vorzugsweise Befallensein der Beugeseiten der oberen Extremität lassen ohne Zwang die Annahme zu, dafs dieser Fall möglicherweise ein Lichen ruber acuminatus UNNA sei. Jedenfalls läfst er sich infolge der angeführten Umstände, leichter diesen, als den meisten Fällen von Pityriasis rubra pilaris anreihen. Der Mangel einer Verdickung der Papillarschicht, welcher an einer Stelle angegeben ist, bezieht sich nur auf ein frühes Stadium der Krankheit und könnte möglicherweise noch später eingetreten sein. Leider konnte ich auch im englischen Original die weitere Ausführung der Krankengeschichte, den Abschlufs des Falles nicht finden, aus welcher man über diesen Punkt, sowie über das eventuelle Hervortreten abnormer Pigmentation irgendwelche Aufklärung hätte erlangen können.

Ein Fall von „Lichen ruber exsudativus" aus den *Berichten des Wiener allgemeinen Krankenhauses*. 1861. pag. 113 kann vielleicht, freilich infolge der allzu knappen, ganz ungenügenden Beschreibung nur vermutungsweise neben UNNAS Fälle gestellt werden.

In diesem Falle war die Krankheit vor mehreren Monaten aufgetreten und hatte beinahe den ganzen Rumpf und die Streckseiten der Extremitäten eingenommen. Die genannten Hautpartien gerötet, Hauttemperatur dementsprechend sehr erhöht, „charakteristische Efflorescenzen." Auf die Behandlung mit As, Leberthran und Bädern war die Krankheit zweimal bis auf ein Minimum geschwunden, trat jedoch nachdem wieder in erschreckender Weise auf. Vollkommene Heilung.

Wie leicht ersichtlich, stützt sich unsere Vermutung nur auf zwei Umstände, nämlich auf das „Erschreckende" der Recidive und auf die erhöhte Hauttemperatur der gerötеten Partien. Aus diesen Umständen lesen wir heraus, dafs sich das Bild des Lichen ruber in diesem Falle mit der von UNNA beschriebenen Akuität ausbildete.

Wir können endlich an diese Gruppe einen Fall KÖBNERS[12] heranziehen, welcher eine 45jährige wohlgenährte Fabrikarbeitsfrau betraf, welche im März 1884 unter heftigen reifsenden Schmerzen in den Fingern und Bewegungsstörungen beim Schlingen erkrankt war. Kurze Zeit

[12] *Berl. klin. Wochenschr.* 1888. No. 20.

Digitized by Google

nachher hatte sie beträchtliche Röte und viele gänsehautähnliche, stark juckende Erhöhungen, zuerst an beiden Handrücken bemerkt, welche sich nach einem apoplektischen Anfall im Oktober 1884 auf Vorderarme, Oberschenkel und Kreuzbeingegend verbreitete. Im Januar 1885 bot sie Zeichen progressiver Bulbärparalyse dar, dabei aber schon das Bild einer universellen Hauterkrankung, welche KÖBNER und andre Dermatologen als Lichen ruber acuminatus erkannten. „Die Haut des ganzen Körpers war erdbeer- bis himbeerrot, vom Kopf bis zu den Zehen mit lauter reibeisenähnlichen Erhebungen besetzt, zwischen denen blofs hier und da noch verschwindend kleine Inseln normaler Haut existierten, welche dann wie Vertiefungen aussehen. Aufserdem bestand ganz unerträgliches Jucken, hochgradige Abmagerung (von 214 Pfund auf 121 Pfund) und verschiedene Lähmungen." Auch hier bestimmt uns die rasche Verbreitung des Prozesses — in 3 Monaten (von Oktober bis Januar) von einigen befallenen Gegenden über den ganzen Körper[18] —, das heftige Jucken und die rasche Abmagerung, den Fall den von UNNA beschriebenen beizuzählen.

Wir haben im vorhergehenden die von UNNA gelieferte Charakteristik einer selbständigen Klasse von Dermatosen gegeben, welche ihren klinischen Eigenschaften gemäfs dem Lichen acuminatus der Wiener Schule am nächsten steht. Wir haben gezeigt, dafs es einige, wenn auch nicht vollkommen identische, so doch sehr ähnliche Fälle in der Litteratur des Lichen acuminatus, einen auch unter den Fällen von Pityriasis pilaris gibt, welche sich ganz gut neben die von UNNA beschriebenen Fälle stellen lassen. Wenn wir nun kurz unsere Schlufsfolgerungen ziehen, so lassen sich dieselben in die folgenden Sätze fassen:

1. Die Pityriasis rubra pilaris und der Lichen ruber acuminatus HEBRA-KAPOSI sind voneinander verschiedene Krankheiten.

2. Der Lichen ruber acuminatus HEBRA-KAPOSI und Lichen ruber planus sind verwandte aber nicht identische Krankheitsprozesse.

3. Der Lichen acuminatus ruber UNNA ist eine Form des Lichen acuminatus HEBRA-KAPOSI, welche sich durch akutere Anfangssymptome und ein stärkeres Hervortreten neurotischer Erscheinungen auszeichnet (Lichen ruber acuminatus neuroticus UNNA).

[18] Nach der Beschreibung KAPOSIS geschieht dies sonst in ein bis mehreren Jahren.

Digitized by Google

Über Ulerythema sykosiforme.

Von

P. G. Unna.

Im vergangenen Jahre hatte ich Gelegenheit, eine längere Zeit hindurch in meiner Klinik eine mir noch neue Dermatose zu beobachten, welche von weitem einer gewöhnlichen, kokkogenen Bartflechte sehr ähnlich sah. Die genauere Betrachtung und weitere klinische Beobachtung des Falles sowohl wie die Resultate der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung ausgezogener Haare — die Exzision eines Hautstückchens war nicht möglich — erwiesen alsbald die eigenartige Natur der Erkrankung. Bisher ist der Fall für mich ein Unikum geblieben und ich hatte zunächst die Absicht, auf mehrere gleichartige Fälle zu warten, ehe ich an die Publikation desselben ging. Aber zwei Gründe veranlassen mich, heute schon diesen Fall als eine noch nicht beschriebene Krankheit mitzuteilen.

Zunächst lag für mich hier das lehrreiche Beispiel einer neuen Dermatose vor, welche ohne Eiterung durch einfache Resorption des entzündlichen Infiltrats zur Narbenbildung führt. Ich habe für die Gruppe solcher Hautkrankheiten vor nicht langer Zeit den Namen der Ulerytheme (οὐλή, Narbe) vorgeschlagen und sehe als längst bekanntes Prototyp derselben das Ulerythema centrifugum, den bisher mit Unrecht sogenannten „Lupus erythematosus“ an. Tänzer hat sodann aus meiner Klinik ein Glied dieser Gruppe unter dem Namen des Ulerythema ophryogenes beschrieben und ich vor kurzem ein andres derselben als Ulerythema acneiforme.[1] Offenbar muſs das Verständnis dieser eigenartigen Entzündungsform der Haut, welche von den parasitären Katarrhen soweit entfernt ist wie von den infektiösen Granulomen und zwischen beiden Gruppen in manchen Beziehungen vermittelt, durch die Mitteilung einer neuen selbständigen Form gewinnen.

Sodann sind in letzter Zeit, zumal aus Frankreich von Quinquaud, Brocq und Besnier Erkrankungsformen beschrieben, welche mehr oder minder Ähnlichkeit mit dem Bilde meines Ulerythema sykosiforme aufweisen. Besonders der letzthin von Besnier der Gesellschaft der Ärzte des Hospitals St. Louis vorgestellte Fall von Alopécie cicatricielle innominée (*Annales de Dermat.* pag. 104. 1889) zeigt mit dem

[1] s. *Internationaler Atlas seltener Hautkrankheiten.* Taf. II.

Digitized by Google

meinen viele Berührungspunkte. Vielleicht wird die ausführliche Mitteilung meines Falles dazu beitragen, die über diese Fälle bisher noch divergierenden Ansichten von QUINQUAUD und BESNIER zu klären und zu befestigen. Es wird sich wahrscheinlich ergeben, dafs es mehrere sykosisähnliche, untereinander verschiedene Dermatosen gibt, von denen mein Fall und einige der französischen einen bestimmten Typus darstellen.

Ich werde in folgendem versuchen, durch Mitteilung der Krankengeschichte und eine eingehende differentielle Diagnostik wenigstens diesen einen Typus so abzugrenzen, dafs es in Zukunft leicht sein dürfte, hierhin gehörige Fälle als solche zu erkennen.

Im Jahre 1877 trat zuerst auf der linken Wange des 40jährigen Patienten eine kleine Pustel im Backenbarte auf, die sich zu einem vereiternden Furunkel vergröfserte. Daraus entwickelte sich allmählich eine gerötete, leicht erhabene Stelle von rundlicher Gestalt und Thalergröfse. Dieselbe näfste und war mit borkigen Auflagerungen bedeckt. Wurden die Borken abgeweicht, so begann die gerötete Fläche wieder zu nässen. Im nächsten Jahre entwickelte sich ein ähnlicher, mit kleinen Borken bedeckter Fleck am Haarrande der linken Schläfe etwas nach vorn und oben am linken Ohre. Unter fortwährendem Nässen und unter Borkenbildung verbreitete sich der Prozefs ganz allmählich, vorzugsweise auf die Gegend des linken Kieferrandes und über die ganze linke Wange. Die Haare lockerten sich an den befallenen Stellen und konnten leicht mit einem kleinen weifsen Knötchen an der Wurzel ausgezogen werden. Nachdem die Haare geschwunden, blafste die erkrankte Haut unter Bildung glatter, flacher Narben allmählich ab.

Zwei Jahre später bildete sich symmetrisch an der rechten Backe eine entsprechende kranke Stelle im Barte aus, während links der Prozefs zum Stillstand kam. Von rechts verbreitete sich nun derselbe langsam über die ganze Bart tragende Gesichtshaut bis zum Halse hinunter, sowie auf beide Seiten des Schnurrbartes. Auf den erkrankten geröteten und leicht geschwollenen Hautpartien erschienen immer einzelne und schubweise mehrere rein weifse Bläschen mit dickflüssigem, weifslichen Inhalt. Dieselben trockneten, aufgekratzt, zu bränlichen Borken, im ganzen aber zu einem mehlweifsen Staube ein, so dafs der Bart wie eingepudert aussah.

Der Patient, dem dieses Aussehen besonders peinlich war, schiebt die spontan und unregelmäfsig auftretenden Anfälle von starker Rötung der erkrankten Partien hauptsächlich auf solche psychische, mit Blutwallungen einhergehende Erregungen.

Von Beginn des Leidens an liefs der Pat. sich rasieren, um dadurch der Ausbreitung der Krankheit vorzubeugen, glaubt aber jetzt dadurch eher eine Verschleppung auf neue Stellen hervorgerufen zu haben.

Status: Patient zeigt ein blühendes, gesundes Aussehen, eine lebhaft gerötete Gesichtsfarbe. Das Haupthaar ist blond und kräftig, der ebenfalls blonde Bart ist dagegen spärlich und wesentlich auf das Kinn und die Halsgegend beschränkt. Beide Backen sind haarlos bis auf einen schmalen Saum am Kieferrande und dagegen von ausgedehnten Narbenflächen eingenommen. Dieselben unterscheiden sich von weitem von einer gesunden, glatt rasierten Haut nur durch ihren etwas bläulichroten Farbenton, ihre abnorme Glätte und einen fast atlasartigen Glanz. Bei genauerer Betrachtung erkennt man jedoch viele feine, weifse Züge eines narbigen Gewebes, die in unregelmäfsiger netzförmiger Zeichnung den bläulichroten Grund der Wangenhaut durch-

Digitized by Google

ziehen. Dabei ist die Haut wohl etwas straffer als normal, aber nicht verdickt und nicht im mindesten verhärtet. Am Übergang zur normalen Wangenhaut stehen vereinzelt einige stärkere Haare auf glattem, gerötetem Grunde.

Rechterseits findet sich noch ein schmaler Saum mittelstarker, dünngesäter Barthaare, der allmählich in die feinen Flaumhaare der Wange übergeht. An der linken Schläfe vorn oberhalb des Ohres ist eine stärker gerötete, unregelmäfsig konfigurierte Stelle von 2 cm Diam., deren Ränder leicht wellig verlaufen und sich etwas gegen die gesunde Umgebung erheben. Über die Fläche zerstreut, aber meist in der Nähe des obern fortschreitenden Randes angeordnet, finden sich kleine, 1—2 mm im Durchmesser haltende bräunliche Schüppchen, die zum Teil im Zentrum von einem Haare durchbohrt sind.

Ähnlich gerötete Stellen befinden sich unterhalb der Nase, besonders in der inken Schnurrbarthälfte. Die Haare fehlen hier in der Mitte der linken Oberlippe in einer Ausdehnung von $^1/_2$—1 cm vollständig; die Stellen sind von einem glatten, oberflächlichen Narbengewebe eingenommen.

Von der Mittellinie des Kinnes zieht sich eine rötliche Linie von kleinen derben Knoten nach dem Halse zu herab und greift hier über die Mittellinie nach rechts hinaus. Auf der linken Seite dieser Linie ist die Haut diffus gerötet und mit feinen weifsen Schuppen von einigen mm Durchmesser und rundlicher Gestalt bedeckt. Eine derselben ist von der Hautoberfläche abgehoben und in der Mitte von einem Haar durchbohrt, auf das sie wie aufgespiefst erscheint. Daneben sind einige senfkorngrofse Exfoliationsbläschen von rein weifser Farbe vorhanden, die sich nur wenig über das Niveau der Umgebung erheben. Sie stehen zu 5 in einer Gruppe und gleichmäfsigen Abständen zusammen. Drei davon sind in der Mitte von einem Haare durchbohrt, während zwei von ihnen keine Haare tragen, aber ihrer Anordnung nach ebenfalls Follikelmündungen zu entsprechen scheinen. Zwischen denselben ist die Oberfläche der Haut lebhaft gerötet, etwas verdickt und von feuchtem Glanze.

Nach der linken Halsseite zu flacht sich die affizierte Partie ab, erscheint bläulichrot, kaum erhaben, durchsetzt von einzelnen strahligen Narbenzügen. Die Haare sind auch hier dünn gesät, aber, soweit vorhanden, scheinbar normal, nur dafs sie ohne die normale trichterförmige Einziehung aus der Haut — wie eingeklemmt von derselben — hervorkommen.

Von dem roten Streifen nach rechts ist die Haut völlig normal bis zu einer zweiten ähnlichen Linie, die sich vom rechten Mundwinkel nach dem Halse herabzieht, ebenfalls aus kleinen roten Knötchen zusammengesetzt, wellig begrenzt ist und in eine gerötete, mit einzelnen trockenen bräunlichen Schuppen bedeckte Fläche übergeht.

Verlauf. Wenn aus dieser Schilderung zur Genüge hervorgeht, dafs diese Bartkrankheit mit der gewöhnlichen kokkogenen Sykosis nicht das mindeste zu thun hat, so zeigte auch der Verlauf bedeutende Abweichungen vom gewöhnlichen Bilde der Sykosis. Hier ist zuerst zu nennen eine auffallende Unzugänglichkeit aller gebräuchlichen Methoden der Behandlung gegenüber. Schwefel, Resorcin, Kaliseife in den verschiedensten Formen hatten nicht nur keinen wohlthätigen Einfluſs auf die Affektion, sondern führten geradezu starke Rückfälle herbei, nämlich neue Entzündungen auf schon vernarbt erscheinenden Partien. Hierbei erschien als erstes und konstantestes Symptom eine grofse Menge der beschriebenen, meist perifollikulär angeordneten, höchst oberflächlichen, weifslich gefärbten Exfoliationsbläschen, die rasch zu kleinen schilderförmigen Borken vertrockneten. Nur Quecksilberpräparate: Quecksilberkarbolpflastermull, Sublimat in Bleiwasser etc. wirkten nachhaltig günstig. Im ganzen war eine milde, anämisierende Behandlung die beste; jeder schärfere Eingriff

Digitized by Google

rächte sich durch Rekrudeszenz der oberflächlichen Entzündungssymptome. So unschuldig die Affektion unter einer solchen Behandlung heute erscheinen konnte, so stark entzündlich verändert zeigte sie sich am andern Tage nach der relativ schwachen Einwirkung eines irgendwie differenteren Mittels. Es offenbarte sich — wie auch durch die Narbenbildung — auf diese Weise die Existenz eines tiefergehenden Entzündungsprozesses der Haut, welcher durch die oberflächlichen atrophischen Veränderungen nur maskiert erschien.

Sodann war es bei diesen Rückfällen mit aller wünschenswerten Sicherheit festzustellen, dafs die Affektion per se keine eiterigen Bläschen erzeugte. Hin und wieder erschienen auch eiterige Pusteln an den Follikelmündungen, aber stets nur in einer Weise, dafs auf eine sekundäre Infektion der nicht eiterigen Bläschen mit den gewöhnlichen Eiterkokken von aufsen geschlossen werden mufste, indem sie z. B. nicht parallel mit der augenblicklichen Stärke der Affektion, nicht als Höhepunkt derselben und nur vereinzelt auftraten.

Der Patient wurde nach längerer Behandlung gebessert, aber nicht geheilt entlassen und befindet sich auch jetzt noch in dem Stadium einer sehr langsam fortschreitenden Besserung des Leidens.

Resümieren wir kurz, so haben wir eine zunächst im Barte lokalisierte, von hier aber auch die nächstgelegenen, mit stärkeren Haaren versehenen Partien nach der Schläfe hin befallende, entzündliche Hautaffektion, welche zum vollständigen Schwund der Haarfollikel und des Papillarkörpers, zur Atrophie des Oberflächenepithels und Schwund der Oberhautfelderung und damit zu einer eigentümlichen, oberflächlichen Narbenbildung in der Haut führt. Auf den ersten Blick ähnelt dieselbe einer gewöhnlichen Sykosis, aber die Oberfläche, Lage und der weifse Inhalt der Bläschen, die scharfe Begrenzung des interfollikulären Erythems gegen das Gesunde, die Oberflächlichkeit und besondere Chronizität der Entzündung, am meisten aber die endliche flächenhafte Narbenbildung stempeln unsre Affektion zu einer eigenen Krankheit. Wegen dieser ohne Eiterung herbeigeführten, flächenhaften Narbenbildung gehört die Krankheit dagegen zweifellos zu der Gruppe der Ulerytheme. Ähnlichkeit mit der Sykosis coccogenes ist bedingt durch die Lokalisation im Barte, durch das (sekundäre) Hinzutreten wirklich eiteriger Pusteln und überhaupt darin, dafs sie sich offenbar vorzugsweise wie jene Krankheit um die Follikelmündungen der stärkeren Haare konzentriert und denselben in ihrer topographischen Ausbreitung folgt. Ich betrachte es als meine Hauptaufgabe, die neue Krankheit der gewöhnlichen kokkogenen Sykosis gegenüber einerseits, den andern Ulerythemen gegenüber anderseits gleich von vornherein möglichst genau abzugrenzen, um die Klassifikation jedes ähnlichen Falles in Zukunft zu erleichtern.

Unterschiede von der Sykosis coccogenes. (S. c.)

1. Bei der S. c. bilden sich am Haarbalgtrichter echte Pusteln, bei dem U. s. an den Haarbalgtrichtern und auch dort, wo die Haare verschwunden

Digitized by Google

sind, rein weifse, nichteiterige Exfoliationsbläschen innerhalb der Hornschicht.

2. Die S. c. zeigt die Oberfläche mit eiterigen Krusten bedeckt, das U. s. mit weifsen, selten braunen Hornbörkchen mehlig bestäubt.

3. Die ausgezogenen Haarwurzeln sind bei der S. c. entweder ödematös gequollen oder eiterig infiltriert und sind meist Hohlwurzeln mit gequollener Wurzelscheide. Die epilierten Haare bei dem U. s. sind fast alle im Stadium der Vollwurzel, ohne gequollene Wurzelscheide und folgen dem Zuge leichter als jene.

4. Die befallenen Stellen zeigen beim U. s. einen etwas wallartig hervortretenden Rand, welcher vor den letztbefallenen Follikeln etwas vorspringt. An der Begrenzung der S. c. ragen einzelne im Gesunden stehende, entzündete Follikel als Vorposten in die Umgebung hinein.

5. Das U. s. zeigt ein über gröfsere Flächen mit einemmale auftretendes Erythem und Ödem, wobei unzählige oberflächliche Bläschen plötzlich aufschiefsen, schon bei relativ leichten Reizen, welche auf den Gang der S. c. ganz ohne Einflufs sind.

6. Die Vernarbung betrifft bei der S. c. speziell die Follikel, beim U. s. die interfollikulären Strecken.

7. Sie schliefst sich bei der S. c. lediglich einer Eiterung an, beim U. s. tritt sie ohne solche auf.

8. Sie führt bei der S. c. zu grubigen Einziehungen an Stelle der Follikel; beim U. s. verschwinden die Follikel durch allgemeine Atrophie des Deckepithels samt seinen Einstülpungen in die Follikel, also durch Verziehung in eine ebene Fläche, ohne besondere Gruben zu hinterlassen. Die letztere Form radikalen Schwundes der Haare samt ihrer Follikel scheint erst nach wiederholten Rückfällen der Entzündung und zuerst im Zentrum einzutreten, während am Rande stets noch einige tief eingepflanzte Haare scheinbar ganz intakt bleiben.

Mit den bisher beschriebenen Formen des Ulerythems (U. ophryogenes und U. acneiforme) und dem Ulerythema centrifugum (Lupus erythematosus) teilt das Ulerythema sykosiforme die Haupteigentümlichkeit, eine oberflächliche Narbenbildung in der Haut ohne Dazwischenkunft von Suppuration und Ulceration nach voraufgehendem entzündlichen Erythem einzuleiten.

Unter diesen nähert es sich besonders dem Ulerythema ophryogenes durch seine Prädilektion für kurz behaarte Hautgegenden (dort Augenbrauen, hier Bart, während die andern Formen vorzugsweise an nackten, leicht erythematösen Hautstellen (Backenknochen, Nase, Ohren) sich niederlassen. Es ist ihm weiter ähnlich durch die mehlige Abschuppung, das auffällige Stehenbleiben einzelner gesunder Haare aus rund umher vernarbtem Boden und die gelegentliche Vergesellschaftung mit eiteriger Folliculitis.

Digitized by Google

Gewisse Ähnlichkeiten verbinden das U. s. auch mit dem Ulerythema centrifugum, so das besondere Hervortreten einer Randröte und die ähnlichen, wenn auch schwachen subjektiven Empfindungen. Am verschiedensten ist der äufsere Anblick gegenüber dem akneiformen Ulerythem.

Ich werde dabei die Differentialdiagnose gegenüber dem Ulerythema ophryogenes als die wichtigste voranstellen.

Unterschiede vom Ulerythema ophryogenes. (U. o.)

1. Das U. o. zeigt Beginn und stärkste Ausprägung in den Augenbrauen, das U. s. im Barte.

2. Das U. o. geht von hier über gröfsere Körperstrecken fort (Kopf, Arme), gleichgültig, ob sie mit Lanugo- oder langem Haar bedeckt sind; das U. s. begrenzt sich enger und hält sich topographisch genauer an die Gegenden stärkeren Haarwuchses.

3. Beim U. s. sind Bläschen vorhanden, beim U. o. nicht.

4. Das U. o zeigt Hornkegel und Hornmanschetten an den Follikelmündungen, das U. s. dagegen Börkchen und Schüppchen, die aus Bläschen hervorgegangen sind.

5. Beim U. s. tritt das Symptom der Entzündung viel stärker hervor; beim U. o. bleibt es auf der Stufe eines Erythems stehen.

6. Auch die subjektiven Empfindungen spielen beim U. s. eine viel gröfsere Rolle als beim U. o.

7. Bei dem U. s. tritt schliefslich stets ein totaler Haarverlust ein, der vom Zentrum nach der Peripherie fortschreitet. Beim U. o. bleiben viel mehr Haare intakt, nur die oberflächlich eingepflanzten Follikel unterliegen einer ähnlichen Atrophie, so dafs hier die Haarkreise von der Peripherie nach dem Zentrum zu einschmelzen.

8. Die Narbenbildung beim U. s. ist ausgedehnter und gleichmäfsiger, beim U. o. begrenzter, strich- und netzförmig.

9. Das U. s. scheint bei weitem seltener zu sein als das U. o. und kommt der Natur der Sache nach nicht schon bei Kindern vor.

Unterschiede vom Ulerythema centrifugum. (U. c.)

1. Das U. s. zeigt nicht die fettigen, gelben, fest adhärierenden Borken des U. c.

2. Die Röte ist beim U. c. viel persistenter als beim U. s.

3. Das U. s. zeigt weifse Bläschen und Borken, die beim U. c. nicht vorkommen.

4. Das Fortschreiten des U. s. auf die gesunde Umgebung ist ein weniger beharrliches, gleichmäfsig zentrifugales; es geschieht unregelmäfsig nach verschiedenen Seiten, jedoch nur in der Richtung von gesunden Follikeln stärkerer Haare.

Digitized by Google

5. Das U. s. geht nicht auf Lanugo tragende Haut über, wo das U. c. hauptsächlich vorkommt.

6. Die Narbenbildung ist beim U. s. oberflächlicher und ungleichmäfsig netzförmig, beim U. c. tiefer reichend und sehr gleichmäfsig.

7. Zum U. s. tritt oft, zum U. c. nie eiterige Folliculitis.

8. Das U. s. ist ungemein selten im Gegensatz zum U. c.

Unterschiede vom Ulerythema acneiforme. (U. a.)

1. Das U. s. zeigt keine Komedonenbildung, welche für das U. a. charakteristisch ist.

2. Das U. a. geht mit einer starken Epithelproliferation einher, welcher eine ebenso bedeutende Hyperkeratose folgt. Beim U. s. findet sich Epithelatrophie und Verdünnung der Hornschicht von vornherein.

3. Die Schuppen und Borken des U. s. fehlen beim U. a.

4. Beim U. a. geht nur an einigen Stellen (Wange, Ohr) eine diffuse Rötung vorher; beim U. s. bleibt eine Randröte auch bei zentraler Vernarbung bestehen.

5. Das U. s. geht nicht über auf blofs Lanugo tragende Stellen der Haut, wo das U. a. hauptsächlich vorkommt (Wange, Ohren).

6. Das U. s. verbreitet sich über gröfsere Flächen als das U. a.

7. Subjektive Empfindungen zeigt das U. a. nur im Anfange, solange das Erythem besteht, das U. s. beständig in geringem Grade.

8. Zum U. s. tritt gelegentlich eiterige Folliculitis hinzu, zum U. a. nie.

9. Die Vernarbung hinterläfst beim U. a. eigentümlich gestaltete Gruben und reliefartige Zeichnungen; bei U. s. ist die vernarbte Fläche glatt und glänzend.

Brief aus Konstantinopel.

Von

Prof. E. v. Düring.

Konstantinopel am 10. Juni 1889.

Mein hochverehrter Lehrer und Freund!

Angeregt durch die Fülle des Interessanten, das Sie den Dermatologen voriges Jahr in Ihren *Pariser Briefen* und ihren Schülern in noch weit reicherem Mafse mündlich mitgeteilt haben, beschlofs ich meinen Weg nach Konstantinopel über Paris zu nehmen, um doch selbst im Hospital St. Louis bei den so erfahrenen, hochschätz-

Digitized by Google

baren Klinikern und in dem Museum Baretta mir Belehrung, Anregung und Aufschluſs über viele Fragen zu holen.

Durch die groſse Liebenswürdigkeit der Herren und begünstigt durch ihre Empfehlungen ist mir denn auch in den kurzen Wochen eine solche Fülle von Anregung geworden, daſs es mich drängt, Ihnen über einige wenige Punkte Mitteilung zu machen, die aber nur den Wert haben können zu zeigen, welche Eindrücke ein Jünger Ihrer Schule von den Anschauungen einer anderen so hochberühmten Schule empfangen, wie sich die verschiedenen Anschauungen bei ihm wiederspiegeln, und wo er glaubt, in einigen Punkten den Schlüssel gefunden zu haben, der den Grund für die in einigen Punkten noch nicht erzielte Übereinstimmung zeigt. Sie können sich denken, welche Punkte mich besonders interressierten: Ekzema seborrhoicum und Lichen. Dazu kommen noch einige Punkte, die ich kurz berühren möchte: der Lichen simple der alten französischen Schule, und der Lupus erythematosus. Mit einigen Worten möchte ich noch berühren, wie groſse Erfahrung in der Therapie im Hospital St. Louis zu sammeln wäre.

Wie Sie schon selbst in Ihrem 6. Pariser Brief erwähnen, ist das Ekzema seborrhoicum als wohlcharakterisierte Gruppe vollständig anerkannt; aber auch heute noch betonen viele der Herren, wie z. B. Barthélémy, Brocq mit denen ich spez. hierüber mich zu unterhalten die Gelegenheit hatte, daſs es wünschenswert sei, diese Affektion aus der Klasse Ekzema überhaupt herauszunehmen und daraus eine eigene Gruppe unter eigener Bezeichnung zu wählen. Ich kann mich den angeführten Gründen nicht verschlieſsen, wenn ich auch Ihre Gegengründe billige. Aber durch die Wahl der Nomenklatur ist schon so viel Irrtum in unserer Spezialität groſsgezogen, daſs ich zu glauben geneigt bin, auch die Bezeichnung Ekzema seborrhoicum möge mit der Zeit zu neuen Irrtümern führen, zu Schlüssen, die Ihnen durchaus fern liegen.

Gesehen habe ich sehr viele Fälle, und viele Fälle, in denen es mir gegenüber so groſsen Autoritäten noch am nötigen Selbstvertrauen gebrach, voll mit meiner Ansicht hervorzutreten. Ein nicht unbedeutender Prozentsatz der unter der Diagnose Psoriasis und Pityriasis rosée Gibert einhergehenden Fälle sind Ekzema seborrhoicum. So gelang es mir auf der Abteilung des Herrn Vidal, den ich mit Herrn Doyon zu begleiten die Ehre hatte, letzteren zu überzeugen, daſs ein als Psoriasis vorgestellter Fall ein Fall von Ekzema seborrhoicum universale und, setzen wir hinzu, psoriatiforme sei. Es bestand in dem Falle eine starke Seborrhöe des Kopfes, mit einer starken Corona seborrhoïca; über den ganzen Körper verbreitet zum Teil kreisrunde, zum Teil konfluierte, gyrierte, mit starken, weiſsgeblichen Schuppen bedeckte Stellen; nach Wegnahme der Schuppen trat keine Blutung ein.

Ebenso sah ich eine gröſsere Zahl Fälle von Pityriasis rosée Gibert, die entschieden unter die Diagnose Ekzema seborrhoïcum gehörten. Ich bin überzeugt, daſs die Pityriasis rosée Gibert eine Krankheit für sich ist; daſs sie sich klinisch als eine Krankheit von ganz bestimmtem und zwar sehr bequemem Verlauf charakterisiert. Es gibt aber auch Fälle von akutem Ekzema seborrhoicum, die unter, sagen wir „Therapia nulla“ sehr rasch und günstig verlaufen, in wenigen Wochen oder Monaten bei Schonung vor äuſseren Reizen und groſser Reinlichkeit von selbst abheilen, so daſs aus dem klinischen Verlauf eine Differentialdiagnose mit absoluter Sicherheit nicht zu machen ist. Und die Ausbreitung und Konfiguration gleichen sich häufig zum Verwechseln; das einzige, was mir an Fällen, in denen ich Ekzema seborrhoicum wirklich ausschlieſsen zu können glaubte, auffiel, war ein ganz besonders zartes, mattes Rosa der Kreise, wie ich es bei Ekzema seborrhoicum nicht gesehen habe. Wenn ich aber einen Fall sehe, mit starker Pityriasis cap., einer ausgesprochenen Corona seborrhoica, seb. Affektion der Mittelpartien des Gesichts und dann eine exzentrisch fort-

Digitized by Google

schreitende, mit leicht erhobenem, rotem, mit kleinen Papeln und spärlichen Schuppen besetztem Wall und einem leicht pigmentierten Zentrum, so vermag ich nur die Diagnose Ekzema seborrhoïcum für die richtige zu halten. Ein derartiger Fall wurde mir auf der Abteilung des Herrn FOURNIER gezeigt.

Hin und wieder mag es Schwierigkeiten bieten, die Differentialdignose zwischen Herpes tonsurans und Ekzema seborrhoicum zu stellen, wenn letzteres z. B. nicht symmetrisch, ersterer vielleicht scheinbar symmetrisch auftritt. Aber hier werden sowohl das Mikroskop sowie die schnelle Ausbreitung des Herpes tonsurans bald die richtige Diagnose sichern.

Sehr grofse Aufmerksamkeit habe ich an der Hand Ihrer Briefe den Moulages geschenkt. Es würde für Sie und die Leser langweilig sein, wenn ich die von Ihnen gegebene Aufzählung wiederholen wollte.

Durchweg habe ich mich aber überzeugt, dafs nicht allein Ihr Schüler, sondern auch viele der Pariser Kollegen die von Ihnen als Ekzema seborrhoicum auf pag. 677—681 des 6. Pariser Briefes aufgeführten Fälle aus der Sammlung als solche anerkennen.

Weiter wende ich mich zu den Lichen-Fällen.

Zunächst mufs ich nun sagen, dafs ich den von Ihnen als „vielleicht" für Lichen acuminatus zu haltenden Fall — No. 648 Lichen ruber, VIDAL — nicht für Lichen acuminatus anzuerkennen vermag, — wenigstens soweit ich von Ihnen gelernt habe, was Lichen acuminatus ist.[1]

Ich sah aufser den prachtvollen Stücken der Sammlung auch eine gröfsere Zahl von Lichen planus auf den verschiedenen Abteilungen. Ehe ich zu einem besonders interessanten Falle übergehe, will ich nur beiläufig erwähnen, dafs ich augenblicklich einen, dem von HALLOPEAU (No. 1015) als Lichen planus bezeichneten, vollständig gleichen Fall in Behandlung habe.

Pat. ist Beamter der türkischen Douane. Sein Leiden datiert seit 5 Jahren; eine Anamnese ist, da ich noch eines Interpreten bedarf, nur unvollständig aufzunehmen. Am linken Hinterschenkel hat Pat. 3 grofse, graue, mit graurötlichem Rande, stark hypertrophische Papeln, deren Mitte bedeckt ist mit einer Menge, frischen Gipstupfen ähnelnden, glänzend weifsen Hornperlen. —

Über den Erfolg der Therapie vermag ich Ihnen noch nichts zu sagen. —

Auf der Abteilung des Herrn TENNESON sah ich folgenden höchst interessanten Fall — leider wurde er auf der letzten Réunion, die ich mitzumachen das Glück hatte, nicht vorgestellt, so dafs es mir nicht vergönnt war, die Ansichten der verschiedenen Autoritäten darüber zu hören.

Es handelte sich um einen Pat., der an seinem Körper dicht beieinander zwei Affektionen darbot, und zwar in der linken Kniekehle, an der Innenseite des rechten Oberschenkels und an der Aufsenseite des linken Oberschenkels ein Ekzema chroni-

---

[1] Ich schliefse mich hier jetzt vollständig VON DÜRING an. Die von mir in den *Pariser Briefen* voriges Jahr als vermutlich zum Lichen ruber acuminatus gehörigen Moulages des Museum Baretta erkenne auch ich jetzt nicht als zu dieser Form des Lichen ruber, sondern als zum Lichen planus gehörig an. Sie ähneln der ersteren Form nur durch die Kleinheit und Massenhaftigkeit der Papeln (Lichen planus miliaris universalis), unterscheiden sich aber von Grund aus durch die nicht akuminierte Form, das nicht auf die Follikel zunächst beschränkte Vorkommen, die gröfsere Chronizität von Beginn an und das Fehlen der für die Acuminatusform charakteristischen Allgemeinerscheinungen. Mein Assistent, Herr Dr. TÖRÖK, hat im vorigen Artikel 2 von diesen, den Lichen acuminatus vortäuschenden, universellen Planusfällen aus meiner Klinik mitgeteilt. Leider existiert also nach meiner Ansicht der wahre Lichen ruber acuminatus im Museum BARETTA bis jetzt wirklich nicht. UNNA.

Digitized by Google

cum — oder das was M. Vidal noch heute als Lichen simple bezeichnet; in der linken Unterbauchgegend dagegen hatte derselbe Pat. einen typischen Lichen planus, mehrere Papeln und Papelgruppen, die einen Raum von mehr als Handtellergröfse einnahmen.

Mir wurde zunächst die letztere Stelle gezeigt, und ich konnte nicht umhin die Diagnose auf Lichen planus zu stellen, war nun aber in einiger Verlegenheit, als ich die anderen affizierten Stellen sah. Ich tröstete mich aber, da ich die gleiche Verlegenheit bei den anwesenden Herren sah; hoffentlich bringt der Bericht über einige der nächsten Reunionen auch die Besprechung dieses Falles.

Als mir nun an einem der nächsten Tage die Ehre zu teil wurde, mit M. Vidal einen der Fälle genau anzusehen, die er als Lichen simple bezeichnet, ist mir durchaus klar geworden, was die ältere französische Schule als Lichen simple bezeichnet und worin die Berechtigung zu liegen scheint.

Es handelte sich um eine zweihandtellergrofse, leicht erhabene, von faltiger, resp. gerunzelter Haut bedeckte Stelle an der Innenseite des linken Oberschenkels; ich würde die Diagnose auf chronisches Ekzem stellen.

Spannt man diese erkrankte Partie zwischen zwei Fingern an, so sieht man zahlreiche ganz flache, glänzende, weifse Papeln auf derselben; ich möchte sie am ehesten den Prurigoknötchen vergleichen. —

Jedenfalls halte ich es für sehr wertvoll so an der Quelle und von einer so berühmten Autorität über den Begriff des Lichen simplex aufgeklärt zu sein, auch wenn ich nicht dadurch überzeugt bin.

Sehr erstaunt war ich, dafs der Lupus erythematosus als tuberkulös bezeichnet wird. Ich möchte den von Ihnen vorgeschlagenen Namen Ulerythema centrifugum um so mehr wählen, als ich viele Fälle von wirklichem Lupus gesehen habe, die wir, eben in anbetracht dessen, was uns der Name Ulerythema centrifugum sagt, nicht in diese Klasse rechnen, die aber von den Herren des Hopitel St.- Louis als Lupus erythematosus bezeichnet werden.

Es ist dies einer von den oben angedeuteten Punkten, wo eben in der weiteren Ausdehnung dessen, was als Lupus erythematosus bezeichnet wird, der Schlüssel dafür liegt, dafs die Schule des Hopitel St. Louis den Lupus erythematosus als tuberkulös bezeichnet.

Für uns ist der Begriff ein viel engerer, und der Lupus erythematosus ist eben gar kein Lupus; diese Bezeichnung ist ihm aus äufseren Gründen der Ähnlichkeit zu einer Zeit gegeben, als man sich über die tuberkulöse Natur des Lupus noch nicht klar war.

Dagegen sind viele Fälle, die ich als Lupus erythematosus sah, nach unserer Anschauung Fälle von einfachem, sehr langsam fortschreitendem, zur Vernarbung, fast garnicht zur Ulceration tendierendem Lupus, wie sie ja so häufig vorkommen. Ich hatte Gelegenheit über diesen Punkt ausführlich mit M. Barthélemy zu sprechen.

Sie erinnern sich des im vorigen Jahre von mir, als ich noch glücklicher Chef Ihrer Poliklinik war, publizierten Falles von Lupus miliaris. Ich war sehr erfreut, im Museum (Moul. No. 321) einen vollständig gleichen Fall mit der Bezeichnung Lupus tuberculeux miliaire zu finden, der auch so die Richtigkeit dieser schwierigen Diagnose bestätigte.

Auf weitere einzelne interessante Fälle — ein Gang durch den Saal des Herrn Besnier unter seiner gütigen Führung zeigte mir eine ganze Reihe von noch nie gesehenen, zum Teil überhaupt noch nicht beschriebenen Fällen — einzugehen unterlasse ich, da wir die Fälle alle von ausgezeichneter, berufener Feder in den *Annales* wiederfinden werden.

Digitized by Google

Aus dem Riesenmaterial, das sich im Hopitel St.- Louis bietet, läfst sich für die Studenten leider nicht der Nutzen ziehen, den eine weniger grofse Zentralisierung des Materials bieten würde; Consultations gratuites mit 250—300 Patienten erfordern eben schon grofse Übung, um dem Hörer und Zuschauer einigen Nutzen zu gewähren.

Grofsen Nutzen kann aber der etwas geübtere Arzt aus den täglich stattfindenden, sagen wir „beschränkten Spezialkonsultationen“ haben.

Wir finden dort an einem Tage vielleicht 45—50 Erkrankungen der Kopfhaut, an einem andern Tage 60 Fälle von Lupus faciei, die einer durchaus gewissenhaften, sorgfältigen, summarischen Behandlung unterworfen werden.

So sah ich an einem Morgen den Lupusskarifikationen des Herrn Vidal, an einem andern Morgen der galvanokaustischen Behandlung des Herrn Besnier zu; man hatte Gelegenheit, eine Fülle schon längere Zeit bestehender, frischerer und ganz neu in Behandlung tretender Fälle zu sehen. Die Resultate bei beiden Methoden der Behandlung waren vorzügliche; aber es bestärkte mich das, was ich sah, in meiner Vorliebe für Kombinierung der Pflastermethode mit der Kauterisation.

Ich schliefse meinen Brief mit dem Ausdruck der Freude und Befriedigung, dafs es mir vergönnt war, eine — leider nur kurze — lehrreiche Zeit an dieser wahren Hochschule der Dermatologie verleben zu können. Und entschieden ist das Hopitel St.- Louis die Hochschule für (ausgebildete, nicht für angehende) Dermatologen κατ' ἐξοχήν zu nennen. Abgesehen von der enormen Gröfse des Materials, von dem unübertrefflichen Museum Baretta, mufs das Zusammenwirken so vieler ausgezeichneter Ärzte, von denen jeder seine volle Originalität und Selbständigkeit der Anschauungen, der Therapie gewahrt hat, dem Lernbegierigen in kurzer Zeit eine Fülle von Anregung, von neuen Ideen, aber auch von kritischen Gedanken geben. Hoffentlich wird es mir vergönnt sein, mir recht bald in längerem Aufenthalte abermals Belehrung und Anregung in diesem ausgezeichneten Spitale zu holen! —

Versammlungen.

Programm des internationalen Kongresses für Dermatologie und Syphilis in Paris.

Auf die Tagesordnung gestellte Fragen:

I.

Über die Konstitution der Gruppe Lichen.

Für diese Frage haben sich bisher zum Vortrage gemeldet die Herren Jamieson, Hallopeau, Unna, Vidal, Prof. Leloir, Crocker, Prof. Kaposi, Robinson.

II.

Über die Pityriasis rubra. — Über die Dermatitis exfoliativa generalisata primitiva.

Für diese Frage haben sich zum Vortrage gemeldet die Herren Prof. Petrini, Bulkley, Jamieson, Unna, Brocq, Crocker.

III.

Über den Pemphigus. — Von den bullösen Dermatosen.

Zum Vortrage haben sich bisher gemeldet die Herren R. Crocker, Brocq, Prof. Schwimmer.

Digitized by Google

IV.

Vom Trichophyton. — Von den trichophytischen Krankheiten.

Zum Vortrage haben sich gemeldet die Herren Debrie, Vidal, Butte, R. Crocker.

Dr. Butte: Über eine neue Behandlungsmethode des Herpes tonsurans. Diese Methode, welche in der Abteilung für Trichophytiasis des Hopital St.-Louis üblich ist, besteht in Einreibungen mit einer das Medikament enthaltenden Lanolinpomade. Die Sublimat- und Argentum nitricum-Pomaden gaben kein zufriedenstellendes Resultat. Hingegen wurden 10 mit Herpes tonsurans befallene Kinder durch eine Salbe, welche Jodprotochlorür enthielt, in einem Zeitraume von 3—6 Monaten ohne Epilation geheilt.

V.

Allgemeine Gesichtspunkte und Dauer der Behandlung der Syphilis.

Zum Vortrage über diesen Gegenstand meldeten sich die Herren Prof. Anderson, Delacour, P. Diday, Drysdale und Langlebert.

Diday: Behandlung der Syphilis durch Vernichten ihrer nachfolgenden manifesten Erscheinungen.

Diese Methode, welche sich auf das Studium der parasitären Mikroben stützt, stellt es sich zum Prinzipe, den Bacillus der Syphilis nur in den durch Manifestationen der Krankheit gekennzeichneten Epochen anzugreifen, da er um diese Zeit am schädlichsten und gleichzeitig der Wirkung der Antiparasitica am zugänglichsten ist.

Indem man somit die Anwendung der Specifica so einteilt, dafs man ihre ganze Macht für Gelegenheiten aufspart, wo man ihrer wahrhaftig bedarf:

1. hat der Arzt promptere Heilerfolge;

2. im Falle eines Recidivs kann er heilen, ohne die Dosierung der Mittel bis zu einem schädlichen Grade steigern zu müssen;

3. indem er Gelegenheit hat, die nachfolgenden Eruptionen, welche ihm den Moment und das Mafs seines Eingreifens vorschreiben, zu studieren, bildet er sich dadurch ein richtigeres Urteil über die Intensität der Krankheit und folglich auch über die Nützlichkeit und über die Art und Weise mit der Anwendung der spezifischen Mittel auch hygieinische Mafsregeln und andre, den einzelnen Individuen entsprechende Medikationen zu verbinden;

4. indem er die präservierende Fähigkeit der spezifischen Mittel leugnet und daher dem Kranken nicht versprach, ihn vor Recidiven schützen zu können, ist er für die letzteren nicht verantwortlich;

5. ein gewisser Zeitraum, der ohne Recidive abgelaufen war, obwohl die Behandlung sistierte, gibt dem Patienten mehr Vertrauen in die Sicherheit seiner Heilung, als wenn er glauben könnte, dieselbe nur durch die Fortsetzung der spezifischen Mittel erhalten zu haben.

Vergleichende Beurteilung der auf verschiedenen Prinzipien ruhenden therapeutischen Methoden.

Drysdale: Man mufs die Behandlung der Syphilis allsogleich beginnen, sowie man die Existenz der Krankheit konstatiert hat. Die Behandlung mufs fortgesetzt werden, um die im Blute der Syphilitischen zirkulierenden Parasiten zu töten. Das Quecksilber, ein bekanntes keimtötendes Mittel, scheint allein eine Wirkung gegen das Virus im Beginne zu haben. Die Substitution oder Zufügung von Jodpräparaten

Digitized by Google

ist indiziert, wenn die Syphilis die Eingeweide, das Gehirn, die Leber etc. angegriffen hat, oder wenn ein Gumma der Haut oder des Kehlkopfes vorhanden ist. Das Quecksilber in kleinen Dosen (0,04 g) schadet, nach meiner Erfahrung, selbst bei prolongiertem Gebrauch nicht. Das Jodkalium ist nur selten der Gesundheit schädlich. Manchmal verursacht es aber gefährliche, blutige Eruptionen, und deshalb mufs man den Effekt der Anfangsdosen sorgsam notieren. Es ist indiziert gegen die Gummen, keinesfalls jedoch gegen den Initialaffekt oder die sekundären, schuppigen Eruptionen.

Die Behandlung mit Quecksilber in kleinen Dosen kann ein Jahr oder noch länger währen; die Kranken in England wollen es gewöhnlich so lange nicht nehmen. In allen Fällen mufs man 6—8 Monate geben, selbst wenn keine Symptome der Krankheit vorhanden sind. Eine Präventivbehandlung mit Jodkalium ist unnötig.

J. Langlebert: 1. Die merkurielle Behandlung der Syphilis soll mit dem Auftreten der Prodromalerscheinungen der Sekundärperiode (Kopfschmerz, Rachialgie, allgemeine Schwäche, Fieber u. s. w.) eingeleitet werden. Am empfehlenswertesten ist das Sublimat in mittleren Gaben von 0,03 g pro die.

2. Die Quecksilberbehandlung wird während der Dauer der ganzen ersten Eruption fotgesetzt. Man geht mit der Dosis abwärts, wenn die Symptome schwächer werden.

3. Als stärkstes Mittel gegen die Zeichen der Syphilis in ihrer Entwickelung soll das Quecksilber nur gegen die Manifestationen derselben auf Haut und Schleimhaut angewendet werden. In den Intervallen soll es nicht benutzt werden.

4. Gegen die sekundären Affektionen der Schleimhaut ist die lokale Behandlung ebenso belangvoll wie die Allgemeinbehandlung.

5. Das Quecksilber hat keine präventive Wirkung gegen die sekundären und tertiären Manifestationen.

6. Das Jodkalium ist das eigentlich chronische Remedium der Syphilis.

7. Drei Jahre lang währt im Mittel die Jodbehandlung der latenten Syphilis. Die Ruhepausen sind im ersten und zweiten Jahre der Behandlung. Im dritten Jahre begnügt man sich mit einer Jodbehandlung von 3—4 Monaten.

8. Einige Fälle ausgenommen (wie sehr starker Kopfschmerz, prononzierte nervöse Störungen, sehr frühe tertiäre Symptome, besonders schwere Syphilis, welche vom Beginne an ulcerös ist), bei welchen die Jodmittel wirksamer sind als das Quecksilber, soll man das Jod nur nach dem Ende der ersten sekundären Eruption verschreiben.

9. Das Jodür ist das Mittel par excellence gegen die tertiären Erscheinungen und hat auch eine präventive Wirkung gegen dieselben.

10. Die gemischte Behandlung (Hg und J) ist im Anfange der tertiären Periode vorzuziehen. Durch lange fortgesetzten Gebrauch des Jodürs erreicht man vollständige Heilung.

11. Bei der Allgemeinbehandlung der Syphilis spielen tonische Medikamente (Fe, Chinin, As, S.) ebenso wie hygieinische Mafsregeln und die Hydrotherapie eine sekundäre Rolle, die aber aber auch von grofser Bedeutung ist.

VI.

Relative Häufigkeit der tertiären Syphilis. — Günstige Bedingungen ihrer Entwickelung.

Zum Vortrage sind angemeldet die Herren Prof. Neumann, Drysdale, Delacour, Vajda, Prof. Fournier.

Digitized by Google

Drysdale: Nach meiner persönlichen Erfahrung gelangen etwa 8 % der nicht mit Quecksilber behandelten Syphilitiker in die tertiäre Periode. Es scheint mir, dafs die Hg-Behandlung irgend einen prophylaktischen Einfluſs gegen das Auftreten tertiärer Symptome habe. Deshalb habe ich die Behandlung ohne Hg aufgegeben. Ich kann aber mit Henry Lee nicht übereinstimmen, der die Syphilis beinahe immer durch Kalomelräucherungen hemmen zu können behauptet. Man kann aus den Anfangsformen der Krankheit nicht die Prognose des zukünftigen Verlaufes derselben stellen. Nur die Kindheit scheint die Prognose der Syphilis zu beeinflussen. Die Mortalität der Syphilis hereditaria ist enorm und der Einfluſs der Syphilis auf die Gesundheit der Kinder und junger Leute sehr ausgesprochen.

Von den Teilnehmern des Kongresses gewählte Gegenstände.

Prof. De Amicis: Über einen sehr seltenen Fall eines wahren idiopathischen, multiplen Cheloides, beobachtet bei einer nervösen Frau.

Dr. Arnozan: Über Elephantiasis.

Dr. Balmanno Squire: Über einige Eigentümlichkeiten in der Entwickelung des Lupus:

1. Der Lupus erscheint in einzelnen Fällen anstatt unter seiner gewöhnlichen idiopathischen Form im Gefolge andrer Hautläsionen, z. B. eines Trauma. Dann sieht man ihn an einer oder mehreren Stellen auftreten, aber immer dort, wo früher eine Läsion, ein Geschwür oder eine Narbe vorhanden war. In diesen Fällen kann man begründeterweise zugeben, dafs ohne die Präexistenz dieser Narben oder Geschwüre der Lupus nicht entstanden wäre.

2. Haftet sich der Lupus an die Finger, dann kann er sie vollkommen zerstören mit Ausnahme des Nagels und dessen Matrix. In dem Maſse, als der Prozeſs den Finger verkürzt, steigt der Nagel herab, indem er dabei immer am Ende des Fingers bleibt bis er endlich am Kopfe des Mittelhandknochens sitzt, wo er ebenso gesund bleibt, wie auf seinem normalen Standorte.

Dr. Barthélemy:

1. Die öffentliche Prophylaxe der Syphilis.
2. Ätiologie und Behandlung der Akne.

Dr. Bulkley:

I. Klinische Untersuchung und Analyse von 1000 Psoriasisfällen:
1. Relative Frequenz der Psoriasis in den Vereinigten Staaten.
2. Alter, in welchem die Krankheit auftritt.
3. Naturgeschichte und Ende der Psoriasis.
4. Komplikationen.
5. Beziehungen der Psoriasis zum Rheumatismus, zur Gicht und zur Skrofulose.
6. Umwandlung der Psoriasis in Ekzem und Pityriasis rubra.
7. Behandlung der Psoriasis.

II. Pityriasis rubra; eigentliche Bedeutung des Terminus; Beschreibung zweier Fälle.

III. Nomenklatur und Klassifikation der Hautkrankheiten.

Digitized by Google

Dr. Butte: Über die Prophylaxe der Syphilis durch die ärztliche Überwachung der Prostitution.

Dr. Corlett: Über die Natur und die Behandlung der Winterprurigo.

R. Crocker: Über die intimen Beziehungen des akuten Rheumatismus und der Pityriasis rubra.

Analyse von 19 Fällen; Beschreibung eines Falles von Pityriasis rubra, in dessen Verlauf mehrere schwere rheumatische Symptome aufgetreten waren.

Dr. Cruyl: Eine neue subkutane Hg-Injektion.

Das Sublimat löst sich in Olivenöl direkt unter Einwirkung der Hitze, man gelangt jedoch nur durch häufiges Schütteln der Mischung zu einer vollkommenen Lösung. Ein gutes Resultat erhält man rasch nach folgendem Verfahren: Ein Gramm Sublimat wird in Äther gelöst, und diese Lösung wird 100 Gramm oder mehr Öl zugefügt, man schüttelt die Mischung, erwärmt auf dem Wasserbade, um den Äther zu entfernen. Man erhält so eine klare Flüssigkeit von der Farbe des angewandten Öles. Sind zufällig einige solide Partikelchen in Suspension geblieben, so filtriert man durch ein Papier von lockerem Gewebe.

Dr. Debris: Trichophytische Dermatosen.

Dr. Deligny: Über die Behandlung einiger Fälle von Pruritus mit heifsen Bädern.

Dr. Eraud: Über die Blennorrhagie des Weibes.

1. Man mufs wahrscheinlich auch beim Weibe mehrere Arten der Blennorrhagie unterscheiden; aber die wahre, klassische Blennorrhöe des Weibes, weitaus die häufigste, ist durchaus spezifisch und wird von dem Mikrokokkus Neisser verursacht.

2. Der Lieblingssitz des Gonokokkus ist beim Weibe vor allem die Urethra, dann der Cervix uteri.

3. Der Gonokokkus lebt im allgemeinen nicht in der Scheide; findet man ihn hier, dann stammt er aus dem Uterus. Der blennorrhoischen Vaginitis ist, wenn sie vorkommt, eine Metritis vorangegangen; diese Eigentümlichkeit, auf welche bisher nicht genügend geachtet wurde, erklärt sich dadurch, dafs der Austritt weifser Blutkörperchen in der Vagina nur ausnahmsweise vorkommt.

4. Man findet die Gonokokken selten im Corpus uteri, und es ist noch keineswegs bewiesen, dafs der Parasit mit Vorliebe die Tuben und Ovarien aufsucht.

5. Die Komplikationen blennorrhagischer Natur von seite Uterusadnexen sind nicht durch den Neisserschen Gonokokkus, sondern durch andre, pyogene oder nicht pyogene Parasiten hervorgebracht, deren pathogene Rolle noch nicht bestimmt ist, welche aber eine ähnliche Wirkung, wie der Neissersche Kokkus, hervorbringen. Dies hat man mit dem Namen „gemischte Infektion" bezeichnet, worunter man die gleichzeitige oder kombinierte Aktion des Gonokokkus und andrer Parasiten zu verstehen hätte; ein schlechter Ausdruck, nach meiner Ansicht, der richtiger durch „sekundäre Infektion" ersetzt werden sollte, was besser der wahren Rolle dieser Parasiten entsprechen würde, deren Aktion der des Gonokokkus nachfolgt.

6. Die so zahlreichen und so verschiedenen Medikationen, welche gegen die Blennorrhagie des Weibes üblich sind, scheinen keinen sicheren Einfluſs auf den Gonokokkus zu haben.

Digitized by Google

7. Auf Grund des fast ausschliefslich intraepithelialen Sitzes des Parasiten scheint es geboten gegen die von ihm verursachten Erscheinungen chirurgisch einzugreifen. Ich habe daher mit dem Volkmannschen Löffel Urethra und Uterus ausgekratzt und danach Ag nitricum oder van Swietens Flüssigkeit angewendet, und die Resultate schienen mir beim Uterus günstig, aber viel weniger vorteilhaft für die Urethra.

Dr. Enthyboule:

1. Über das akneähnliche Syphilid der Nase. Spätform der Syphilis, lokalisiert sich auf die Nase, deren Grenzen es fast nicht überschreitet. Es verweilt ausschliefslich auf der Haut und verschont das Knochenknorpel-Gerüst der Nase und die Schleimhaut. Im Anfange treten auf geröteter und entzündeter Haut nacheinander folgende Schübe von Pusteln auf. Es wird dann häufig mit der Akne verwechselt, und es wurde deshalb von Horand aus Lyon „Syphilide acneique" genannt. Später, wenn auf die Pusteln Ulceration und Krusten folgen, kann es mit Lupus oder Epitheliom verwechselt werden. Der Fehler kann umso leichter begangen werden, als dieses Syphilid das einzige Symptom einer alten und vom Kranken schon vergessenen Syphilis zu sein pflegt. Die Diagnose ist von grofser Wichtigkeit, da ihr eine spezifische Behandlung folgt. Für sich betrachtet, hat dieses Syphilid eine günstige Prognose; es heilt zumeist gut und läfst keine grofsen Narben zurück.

Bei dieser besonderen Form der Syphilis mufs der Alkoholismus als mitwirkender Faktor mit in Betracht gezogen werden. Man kennt übrigens die wichtige Rolle, welche der Alkohol bei dem Hervorrufen akuter, kongestiver Ausbrüche an der Nase und bei der Akne des Gesichts spielt.

2. Über einen Fall von alljährlich, periodisch, im Frühjahre recidivierendem tertiärem Syphilid, welches den Rumpf eines 17jährigen Mädchens mit einer weiten Narbenfläche gänzlich bedeckt hatte.

3. Über einen Fall von allgemeiner, polymorpher Akneeruption.

Dr. Falcone (Tebaldo):

1. Über die Ansichten Hardys über die Pathologie der Hautkrankheiten.

2. Ob die Syphilis heilbar ist und wie man sie heilen soll.

3. Klinische Fälle von eigentümlicher Bedeutung.

Dr. Houlky Bey: Syphilis in Konstantinopel; Effekte der verschiedenen Hg-Präparate bei hypodermischer (intermuskulärer) Anwendung.

1. Die intramuskulären Injektionen von Hg-Präparaten bilden eine sichere und wirkungsvolle Methode, da das in Kontakt mit den Geweben befindliche Hg direkt und rascher resorbiert wird. Sie sollten allen andern Applikationsmethoden des Hg vorgezogen werden.

2. Man entgeht dadurch den Unannehmlichkeiten andrer Methoden (Gastroenteritiden, merkurielle Dermatitiden etc.).

3. Sie erlauben eine mathematisch genaue Dosierung des Medikaments.

4. Sie haben keine besonderen Kontraindikationen. Die Kachexie und der Diabetes mellitus, welche man als Kontraindikation dieser Methode betrachtete, sind es auch für alle andern Anwendungsformen des Hg.

Dr. Hutchinson:

1. Seltene Formen des Lupus.

Digitized by Google

2. Über verschiedene Formen der Hautkrankheiten, bei welchen Hybridformen vorkommen.

3. Klinische oder natürliche Klassifikation der Hautkrankheiten.

Dr. Hyde: Auf die Statistik der Hautkrankheiten in Amerika basierte Beobachtungen.

Dr. Jamieson: Behandlung des oberflächlichen Hautepithelioms, wenn dasselbe zu ausgebreitet ist um operiert zu werden.

Dr. Lepers: Syphilis und Paludismus.

Der Paludismus verursacht in der gröfsten Anzahl der Fälle einen schwereren Verlauf der Syphilis. Die Ursache davon mufs in einer Modifikation des Terrains gesucht werden. Dem scheinen aber einzelne Beobachtungen zu widersprechen.

Dr. Marty (Louis J. B.): Lupus des Larynx.

Prof. Manassei:

1. Präventivkur der allgemeinen syphilitischen Infektion, und Abortivkur der aktuellen Sekundärperiode.

2. Lepra maculosa anaesthetica mit Chaulmoograöl und mit lokalen und hypodermatischen Hydroxylaminapplikationen behandelt.

3. Neue Thatsachen, welche die Wiederherstellung der Haut bei der Behandlung des Lupus beweisen.

4. Grofses Lymphom der linken Gesichtshälfte durch Elektrolyse behandelt.

5. Varicocele durch Elektrolyse behandelt.

6. Das Hydroxylamin in der Behandlung der Hautkrankheiten.

Dr. Moraga Porras:

1. Klassifikation der Hautkrankheiten.

2. Pruritus hiemalis.

Dr. Morison: Über Pigmentbildung in der Haut der Neger.

Dr. Morrow: Die Lepra auf den Sandwichs-Inseln.

Prof. Neumann:

1. Über hereditäre Syphilis.

2. Pemphigus vegetans.

Dr. Ohmann-Dumesnil:

1. Das „Campho-phenique" und seine Anwendung bei den Hautkrankheiten.

2. Pathogenese und Pathologie des Lupus erythematosus Cazenave.

Dr. Payne: Über das Erythrasma.

Dr. Petersen: Über die Nomenklatur der Perioden der Syphilis.

Prof. Petrini: Behandlung der Syphilis mit Hg-tannat.

Dr. Renault (A.): Einige Sonderheiten über Variola.

1. Seltenheit der Delle der Variolapusteln bei Geimpften.

2. Man beobachtet selten Varioloiden ohne eine ziemliche Anzahl Pusteln, obwohl das Suppurationsfieber nur ausnahmsweise vorhanden ist.

3. Neue klinische Beweise über die Nichtidentität der Variola und Varicella.

Digitized by Google

4. Heilsamer Einfluſs der Vaccination auf ein nicht geimpftes im Inkubationsstadium der Variolakonfluens befindliches Individuum.

5. Im Hospital von Aubervilliers angewandte Methode, um die Narben des Gesichts zu vermeiden.

Dr. Rosolimos: Über einige Eigentümlichkeiten der Behandlung der Blennorrhöe durch Einträufelungen.

Prof. Schwimmer:

1. Über die nervösen Hautkrankheiten.
2. Universelles Pigmentsarkom.

Dr. Stowers:

1. Lupus.
2. Trophoneurosen.

Dr. Tommasoli: Histologie der tertiären Syphilide.

Dr. Török: Histologie des Lichen planus.

Dr. Unna:

1. Histologie der Lepra nervorum und Syphilis nervorum.
2. Pathologische Anatomie des Ekzema seborrhoicum.
3. Über die Notwendigkeit eines internationalen Atlasses der seltenen Hautkrankheiten.

Dr. Vérité: Ein Fall von Myxödem.

Dr. Vineta-Bellasebra:

1. Das Naphthol bei den Hautkrankheiten.
2. Einfluſs der Pikrinsäure auf die Haut mit Rücksicht auf die gerichtliche Medizin.
3. Von der Abschwächung des syphilitischen Virus durch das Quecksilber.

Dr. Violi: Über die Syphilis neonatorum in der Türkei.

Dr. Watraszewski: Vergleichende Studie über den Heilerfolg von subkutanen Injektionen unlöslicher Hg-Verbindungen.

Die zumeist angewandten Präparate sind das Kalomel (Scarenzio und Smirnoff) und das gelbe Hg-Oxyd. Im Vergleich mit diesen ist die spezifische Wirkung andrer Präparate viel geringer. Das Kalomel kann jedoch Vergiftungen verursachen (7 Todesfälle, gesammelt von Runeborg). Des weiteren ruft es gewöhnlich eine starke lokale Reizung hervor; es kam auch deshalb in Miskredit. Das graue Öl (Lanz und Neisser) hat wohl eine sichere aber sehr langsame Wirkung und kann deshalb nicht in denselben Rang gestellt werden. Des weiteren muſste die Anwendung des grauen Öls ebenso wie die aller Fette (Vaselinöl, Olivenöl, Mandelöl), welche man als Vehikel angewendet hat, vom Moment an aufgegeben wurden, wo konstatiert wurde, daſs diese Flüssigkeiten Lungenembolien und Infarkte (2 Fälle des Autors, Beobachtungen von Kaposi und Lesser) verursachen können. Ähnliche Komplikationen wurden nie bei Flüssigkeiten beobachtet, welche sich leicht mit Blut mischen (Lösungen von Gummi arabicum). Resultate diesbezüglicher Experimente und Erklärung dieser Thatsachen.

Dr. White (James): Über hereditäre Dermatosen.

Digitized by Google

Dr. White (William): 1. Diognostischer Wert der Toleranz der Jodide bei der Behandlung der Syphilis.

a. Die persönliche Idiosynkrasie ist ein solch mächtiges Agens bezüglich der durch die Jodide hervorgerufenen toxischen Symptome, dafs sie vollkommen an die Stelle jedes möglichen der Existenz der Syphilis zugeschriebenen Einflusses tritt.

b. Es gibt gar keinen theoretischen Grund, welcher uns glauben machen könnte, dafs die Syphilis in irgend welcher Periode den Jodismus durch einen Neutralisationsprozefs behindern könnte, und es ist ganz besonders unwahrscheinlich, dafs dies in den letzten Phasen stattfinde.

c. Es ist daher gefährlich, irgend welche diagnostische Folgerungen aus der Gegenwart oder dem Fernsein toxischer Symptome (Jodismus) zu ziehen, nachdem man grofse Dosen von Jodiden verordnet hat.

2. Beziehungen der Syphilis zu gewissen Krankheiten des Nervensystems, Tabes, Paralysis generalis etc.

Dr. Widmack: Über den Einfluſs des Lichtes auf die Haut.

Das Licht der Sonne und das des Bogenlichtes haben auf die nicht bedeckten Hautflächen eine irritierende Wirkung. Dieser Einfluſs zeigt sich gewöhnlich als ein von Desquamation gefolgtes Erythem. Aus meinen Versuchen scheint es sich zu ergeben, dafs die ultravioletten Strahlen eine überwiegende Rolle bei der Produktion des solären und elektrischen Hauterythems spielen. Dies stimmt mit den Thatsachen überein, dafs das Bogenlicht manchmal Erytheme hervorruft bei Personen, welche sich in solcher Entfernung von den Lichtquellen befanden, dafs sie gar keine Wärme empfinden konnten, und dafs die Sonnenstrahlen in arktischen Regionen Hautaffektion hervorrufen, selbst bei einer Temperatur unter Null. Die ultravioletten Strahlen scheinen also die Fähigkeit zu besitzen, auf den ihrer Wirkung ausgesetzten Hautpartien pathologische Prozesse hervorzurufen. Die Fähigkeit, diese Strahlen zu absorbieren, welche die Medien des Auges besitzen, hat also wahrscheinlich nicht nur eine rein optische Bedeutung, sondern ist auch von grofsem Belang für das Leben der Retina. Es ist in der That möglich, dafs dieses sensible Organ einer ernsten Läsion anheimfallen würde, wenn diese ultravioletten Strahlen dasselbe in ihrer ganzen Kraft, ohne vorhergehende Intensitätsverminderung durch die Absorption der Medien des Auges, erreichen würden.

Dr. Zambaco: Über die Lepra.

(Übersetzt von Dr. Ludwig Török in Hamburg.)

Personalien.

Herr Dr. Lutz, vormals Assistent der Unnaschen Klinik, ist von der Hawaiischen Regierung nach Honolulu berufen worden, um sich dort längere Zeit zum Studium der Lepra aufzuhalten. Die Hauptaufgabe dieser Mission ist es, die neuen Behandlungsmethoden der Lepra in Hawai selbst zu prüfen und einzuführen.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 4. 15. August 1889.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Enthält das menschliche Hautfett Lanolin?

Von

Dr. Aug. Santi,
Arzt in Bern.

Einleitung.

In seiner Abhandlung: „Über das Lanolin, eine neue Salbengrundlage“[1], stellte Liebreich die Behauptung auf, dafs das Cholesterinfett oder Lanolin in den keratinhaltigen Geweben, speziell in der menschlichen Oberhaut, in den Haaren, in der Vernix caseosa etc. vorkomme. Den Nachweis hierfür führt derselbe durch eine von Liebermann[2] für das Cholestol entdeckte Reaktion. —

In der *Real-Encyklopädie* von Eulenburg[3] bestätigte Liebreich seine frühere Behauptung und machte dabei noch nähere, die ganze Frage interessierende Angaben. —

Liebreich folgert aus diesem Umstande, dafs die Cholesterinfette keineswegs blofse Ausscheidungsprodukte des tierischen Organismus seien, vielmehr liege die Vermutung nahe, dafs sie eine bestimmte biologische Rolle für das Keratingewebe spielen. Auch gab Liebreich der Auffassung Raum, dafs das Ranvierscbe Eleidin in der Epidermis ein Gemenge von Eiweifs mit Cholesterinfett oder eine Vorstufe des letzteren darstelle.

Diese Angaben blieben bis vor kurzem unangefochten. Im Gegenteil, es entstanden Arbeiten, welche, die Liebreichschen Angaben als etwas Feststehendes betrachtend, ihre Forschungen und Schlufsfolgerungen darauf basierten.

---

[1] *Berl. klin. Wochenschr.* 1885. No. 47.

[2] C. Liebermann, Über das Oxychinoterpen. *Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft.* 1885. pag. 1803.

[3] *Real-Encyklopädie der gesamten Medizin,* von Eulenburg. 1887. Bd. XI. sub Lanolin. pag. 459.

Digitized by Google

So glaubte Lewin[4] in der Körnerschicht der Epidermis Cholesterinfett nachgewiesen zu haben. Freilich lautet eine spätere Angabe desselben Autors etwas anders. In der Sitzung der dermatologischen Vereinigung zu Berlin vom 6. März 1888[5], wobei Präparate von Molluscum contagiosum vorgewiesen wurden, bemerkte Lewin in der sich daran knüpfenden Diskussion:

„Was die Frage nach dem Wesen des Stratum granulosum beträfe, so habe er schon vor längerer Zeit dargethan, dafs diese Schicht aus Cholestearin besteht, darstellbar durch die Reaktion mit Essigsäureanhydrid und Schwefelsäure. Auch Prof. Salkowski habe sich davon überzeugt."

Wenn Lewin im Jahre 1886 diese Behauptung aufgestellt hätte, so würde kein Mensch hierin eine neue Entdeckung gesehen haben, da die Anwesenheit des Cholesterins in den meisten Geweben des Menschen eine altbekannte Thatsache ist.

Eine andere bezügliche Arbeit ist die von Sticker[6], welche darin gipfelt, Eleidin sei ein Gemenge von Eiweifs und Cholesterinfett. —

Später publizierte Gottstein[7] seine Beobachtungen „Über das Verhalten der Mikroorganismen gegen Lanolin." Er fand, dafs Lanolin von Bakterien nicht durchsetzt wird und folgert daraus eine wichtige biologische Funktion des Lanolins in der Oberhaut zum Schutze derselben vor dem Eindringen der Parasiten. Er bemerkt, Liebreich habe bewiesen, dafs die dem Lanolin chemisch gleichenden Cholesterinfette ein normaler Bestandteil der menschlichen und tierischen Epidermis seien. Es sei nun wichtig, konstatieren zu können, dafs das unsere normale Oberhaut imprägnierende Fett, im Gegensatze zu den Glycerinfetten, die Eigenschaft besitzt, unzersetzlich durch Mikroorganismen zu sein und eine Schutzdecke gegen deren Eindringen abzugeben.

Zwar will Gottstein nicht dem Vorhandensein von Lanolin in der Haut allein die Verhütung des Eindringens von Bakterien zuschreiben, da die normale Haut überhaupt nicht durchweg einen Schutz gegen Infektion zu besitzen scheine. Immerhin sei aber die Anwesenheit von Cholesterinfetten mit in Rechnung zu ziehen; dafür schienen ihm einige pathologische Beobachtungen zu sprechen. So seien z. B. die Eitererreger

---

[4] Lewin, Mikrochemischer Nachweis von Cholesterinfett in der Körnerschicht der Epidermis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1886. No. 2.

[5] Dermatologische Vereinigung zu Berlin. 1887—1888. *Deutsche med. Wochenschrift.* 1889. No. 20. pag. 406.

[6] *Über die Entwickelung und den Bau des Wollhaares beim Schafe.* Dissertation. Berlin 1887.

[7] *Berl. klin. Wochenschr.* 1887. No. 48.

Digitized by Google

zwar überall vorhanden, so dafs sie zu jeder ungeschützten Kontinuitätstrennung der Haut hinzutreten können. Bei sonst normaler Oberhaut aber seien sie trotzdem im allgemeinen unschädlich. Man beobachte bei gewissen Krankheiten das massenhafte Auftreten von Furunkeln. Bakteriologisch seien hier die Eiterkokken nachgewiesen, nicht aber der Zusammenhang zwischen den Keimen und der zeitweisen Disposition der Haut zu ihrem Wuchern in deren tieferen Schichten. Gerade dann aber, wenn die Furunkulose einträte, z. B. im Rekonvalescenzstadium des Typhus abdominalis, finde sich auch eine ausgedehnte Erkrankung des Horngewebes, also des Trägers und Erzeugers des Cholesterinfettes. Die Haare fielen aus, die Nägel würden brüchig, die in ihrer Kontinuität unversehrte Haut trocken, schilfernd, glanzlos. Das Gleiche finde sich bei der Furunkulose atrophischer Kinder. Es sei schwer, diese beiden Thatsachen nicht in ursächliche Beziehung zu bringen.

J. Munk bearbeitete die Frage: „Ist das Lanolin vom Darm resorbierbar?“ [8] Munk gelangt darin zum Resultat, dafs die Resorption des Lanolins vom Darm gleich null ist, und zieht daraus unter anderm den Schlufs, dafs dadurch allen Vermutungen der Boden entzogen werde, die darauf zielen, das in der Haut und in den Epidermidalgebilden vorfindliche Lanolin etwa als vom Darm resorbiert und in der Haut abgelagert zu deuten. Es stütze diese Erfahrung von anderer Seite aus die von Liebreich gegebene Deutung über die Entstehung des Lanolins: „Wo Lanolin sich findet, müsse es loco gebildet sein.“

Ich habe etwas ausführlich über die wichtigsten der Arbeiten referiert, welche, angeregt durch die interessante Liebreichsche Entdeckung, den für sicher geltenden Befund von Lanolin in der menschlichen Oberhaut nach verschiedenen Seiten der Medizin zu verwerten streben. Auch in den vielen therapeutischen Mitteilungen begegnet man derselben Befangenheit des Urteils, welche stets durch die These beeinflufst war, dafs Lanolin, als normales Erzeugnis der Haut, besondere Vorzüge als Träger von Medikamenten besitzen müsse.

Der erste, der Bedenken gegen die Liebreichsche Lehre erhob, war Buzzi in seiner Schrift über Keratohyalin und Eleidin.[9] Dieselbe richtet sich gegen die verbreitete Anschauung, wonach Keratohyalin und Eleidin mit Cholesterinfett identisch seien. Buzzi wies nach, dafs Keratohyalin und Eleidin weder unter sich (Ranvier) identisch seien, noch dafs eines von beiden mit Cholesterinfett identifiziert werden dürfte, und machte im übrigen darauf aufmerksam, dafs Liebreich die ursprüngliche, nur für

---

[8] *Therap. Monatsh.* 1888. No. 3.
[9] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. 1889. No. 1 u. 4.

Digitized by Google

Cholestol und Cholesterin geltende Liebermannsche Reaktion auch auf Lanolin übertragen habe und zwar in etwas abgeänderter Farbenskala.

Bezüglich des Vorhandenseins oder Nichtvorhandenseins von Cholesterinfetten in keratinhaltigen Geweben überhaupt und im speziellen in der menschlichen Oberhaut hält Buzzi einen Zweifel an den Liebreichschen Angaben für berechtigt.

Diese Frage ist physiologisch, pathologisch und praktisch von zu grofser Bedeutung, als dafs man sie stillschweigend übergehen könnte.

Auf Anregung und durch die gütige Unterstützung des Herrn Dr. Unna habe ich es im folgenden versucht, derselben, soweit sie die menschliche Haut betrifft, näher zu treten. Das Resultat meiner Untersuchung geht dahin, dafs in der menschlichen Haut keine Cholesterinfette, also speziell kein Lanolin vorkommen.

Wenn dieses Resultat, wie ich hoffe, bald von allen Seiten Bestätigung erhalten wird, so fallen damit natürlich alle jene Schlüsse, welche auf das Vorhandensein des Lanolins in der menschlichen Oberhaut gebaut sind, und die unleugbaren, nützlichen Eigenschaften dieses Mittels in der Dermatotherapie müssen auf eine andere Weise wie bisher erklärt werden.

I.

Wir müssen vor allem die Liebreichschen Untersuchungen näher prüfen und lassen zur besseren Orientierung gleich einige seiner Angaben in toto folgen.

In der schon erwähnten Abhandlung: „Über das Lanolin, eine neue Salbengrundlage", sagt Liebreich:

„Nachdem die Existenz derselben (Cholesterinfette) in der Schafwolle erkannt worden war, mufste die Frage aufgeworfen werden, ob hier ein vereinzeltes Vorkommen zu registrieren sei, wie das des Walrats in der Schädelhöhle des Physeter und der Bürzeldrüse der Gans (Glandula uropygii), oder ob die Cholesterinfette eine allgemeine Verbreitung wie die Glycerinfette zeigen.

Dem Nachforschen dieser eigenartigen Fette setzte sich jedoch die Schwierigkeit entgegen, gute Erkennungszeichen zu besitzen. Durch die von C. Liebermann (v. o.) entdeckte Reaktion des Cholestols, einer dem Cholesterin nahestehenden Substanz, wurde es mir möglich, an die Frage der Verbreitung der Cholesterinfette im tierischen Körper heranzutreten. — Die Reaktion ist äufserst einfach. Das zu untersuchende Fett, und sehr geringe Quantitäten sind dazu nur erforderlich, wird in Essigsäureanhydrid (nicht zu verwechseln mit wasserfreier Essigsäure) gelöst. Durch Zusatz von konzentrierter Schwefelsäure entsteht zuerst eine Rosafärbung, welche sehr schnell in eine stark blaue und grüne Farbe übergeht. Be-

Digitized by Google

sondere Vorsicht ist beim Zufließen der Schwefelsäure geboten. Je geringer der Zusatz der Säure erfolgt, desto klarer verläuft die Reaktion. Meine Annahme, daß die Cholestolreaktion auch für die Cholesterinfette brauchbar sein würde, wurde durch den Versuch bestätigt. Cholesterinfette, in denen keine Spur freien Cholesterins enthalten sein konnte, zeigten die Cholestolreaktion in voller Schärfe. — Anderseits wurde von mir konstatiert, daß die Glycerinfette verschiedenster Zusammensetzung die Cholestolreaktion nicht geben. Besonders möchte ich erwähnen, daß Protagon, Lecithin, Walrat und Bienenwachs sich ebenso negativ verhielten. Es wurden zuerst die keratinhaltigen Gewebe untersucht. Ich führe an: Menschliche Haut, Haare, Vernix caseosa, Fischbein, Schildpatt, Hornspäne (Kuh), Elsternschnäbel, Federn von Gänsen, Hühnern, Puten, Tauben, der Pfauentaube, Stachel vom Igel und Stachelschwein, Huf und Kastanien vom Pferde, Horn von Schaffüßen, Haare vom Brandypus cuculliger. In allen diesen keratinisierten Geweben konnte die Cholestolreaktion das Cholesterinfett, welches durch Extraktion mit Chloroform gewonnen wurde, nachweisen lassen. Nur bei der Pinguine konnte ich keine Spur entdecken. Mit dieser Reaktion habe ich mich nicht allein begnügt, sondern die Eigenschaft des Cholesterinfettes benutzt, Wasser über 100% aufzunehmen. Diese Eigenschaft, welche an dem aus der Wolle hergestellten Fett in exquisiter Weise zuerst nachgewiesen werden konnte, habe ich mit dem Namen „Lanolisieren" bezeichnet und fast bei allen Fetten aus den vorhergenannten Substanzen nachweisen können. Ich konnte mich auch überzeugen, daß ein Gemenge von Glycerinfetten mit Cholesterin das Lanolisieren nicht zeigte.

Wird Unterhautfettgewebe extrahiert, so zeigt das Fett entweder gar keine Cholestolreaktion oder eine so geringe, kurz auftretende Färbung, daß dieselbe gegenüber der sonstigen Erscheinung vernachlässigt werden kann. Dagegen habe ich in dem Fett der Niere und Leber starke Cholestolreaktion erhalten. Ebenso in dem Fette, welches aus dem Blute eines Kaninchens gewonnen wurde. Ob den Nieren und andern Organen selbständig das Fett zugehört oder aus dem Blute stammt, müssen spätere Untersuchungen ergeben."

In seinem Referate für die *Real-Encyklopädie* von Eulenburg (v. o.) sagt Liebreich weiter:

„Inzwischen hatte sich Liebreich mit dem Vorkommen des Cholesterins[10] beziehungsweise der Cholesterinfette im tierischen Organismus beschäftigt. Er wies nach, daß Cholesterin beziehungsweise Cholesterinfette in allen von ihm darauf hin untersuchten Keratingeweben enthalten seien, nämlich in menschlicher Haut, mensch-

[10] Der gesperrte Druck in diesem Absatz rührt von mir her. Santi.

Digitized by Google

lichen Haaren, Vernix caseosa etc. . . . Zum Nachweis der Cholesterinfette wurden diese Organe im zerkleinerten Zustande mit Chloroform extrahiert und der nach dem Abdestillieren des Chloroforms hinterbleibende Rückstand mit der Cholestolreaktion geprüft. Aufserdem wurden die Rückstände dadurch als Cholesterinfette erkannt, dafs sie beim Behandeln mit ätzenden Alkalien kein Glycerin ergaben, dagegen in sehr hohem Grade die Eigenschaft des Lanolisierens, d. h. Wasser aufzunehmen, besafsen.

Liebreich gibt sodann folgendes zum Nachweise des Lanolins an (pag. 462):

„Der Identitätsnachweis gründet sich auf die Ermittelung des Cholesterins.

1. Löst man etwa 0,1 g Lanolin in 3—4 ccm Essigsäureanhydrid auf und läfst in diese tropfenweise konzentrierte H_2SO_4 einfliefsen, so entsteht eine rosarote Färbung, welche bald in grün oder blau übergeht. Kein andres Fett zeigt diese Erscheinung (Liebermanns Cholestolreaktion).

2. Löst man 0,1 g Lanolinanhydrid in 5 ccm Chloroform und schichtet diese Lösung in einem Reagenscylinder vorsichtig über einem gleichen Volumen konzentrierter H_2SO_4, so entsteht an der Berührungsstelle beider Flüssigkeiten eine feurig braunrote Zone, die an die Farbe des Broms erinnert und nach 24 Stunden die höchste Farbenintensität erreicht hat. Das zunächst über der Berührungsschicht stehende Chloroform zeigt einen violetten Schimmer, die oberen Partien sind farblos (Salkowski, Vulpius).“

An andrer Stelle (pag. 462) heifst es:

„Die Untersuchungen über das Lanolin haben zur Erkenntnis geführt, dafs sich dieses Cholesterinfett nicht nur in den Haaren des Schafes findet, wovon es den Namen trägt, sondern überall in den Teilen gewisser Organismen vorkommt, die in dem äufseren Integument liegen.[11] Als Beispiele seien erwähnt die Federn, Hufe, Schnäbel, Haare etc. Dieses Vorkommen darf man wohl in Zusammenhang bringen mit der Unveränderlichkeit des Körpers gegenüber den Einflüssen der Atmosphäre und niedriger Organismen etc.“

Soweit Liebreich. Dem gegenüber wollen wir diejenige Stelle aus Liebermanns Arbeit (v. o.) anführen, welche auf die Cholestolreaktion Bezug hat und der Liebreichschen Arbeit zu Grunde liegt.

Liebermann hatte, wie Buzzi bereits in diesen Blättern mitgeteilt, zwischen dem von ihm als Oxychinoterpen benannten Körper, einem

[11] Vergl. oben aber auch das Vorkommen in Leber, Niere und Blut. Santi.

Digitized by Google

Begleiter des Chinovins, und dem Cholesterin Beziehungen wahrgenommen und deshalb den ursprünglichen Namen mit Cholestol vertauscht.

Zu seinen vergleichenden Untersuchungen hatte aber LIEBERMANN, wie er ausdrücklich sagt, bis dahin nur Cholesterin gebraucht. Er sagt weiter:

„Die zur Erkennung des Cholesterins benutzten Farbenreaktionen fand ich fast durchgehends beim Cholestol wieder. Dies gilt namentlich auch von der Reaktion der Chloroformlösung gegen konzentrierte Schwefelsäure, welche alle Glieder der Cholesterinreihe (gewöhnliches, Iso- und Paracholesterin, Phytosterin, Quebrachol, Cinchol und Cupreol) zeigen, und namentlich gegen die von HESSE vorgeschlagene Säure von 1,76 spezifischem Gewicht, mit der das Cholestol eine schöne Fuchsinfärbung zeigt. Übrigens sind manche der für das Cholesterin angegebenen Farbenreaktionen, z. B. die gegen Salzsäure und Eisenchlorid, nicht gerade durch besondere Schärfe und Schönheit ausgezeichnet; die Reaktion gegen Jod und Schwefelsäure gelang es mir überhaupt nicht in brauchbarer Weise zu erhalten. Daher dürfte die folgende sehr schöne und scharfe Reaktion, welche ich in gleicher Weise an Cholesterin aus menschlichen Gallensteinen und aus Ochsengalle und am Cholestol fand, vielleicht manchem ein willkommener Zuwachs sein.

„Für dieselbe wird die Substanz in so viel Essigsäureanhydrid gelöst, dafs sie in der Kälte eben gelöst bleibt, und dann unter Abkühlen tropfenweise wenig reine konzentrierte Schwefelsäure zugesetzt.

Zuerst wird die Lösung rosenrot, doch schwindet diese Farbe schnell, namentlich auf Zusatz von einer neuen kleinen Menge Schwefelsäure, um einer schönen ziemlich beständigen Blaufärbung Platz zu machen.“ —

Was beim Vergleichen der Angaben LIEBERMANNS mit denjenigen LIEBREICHS sofort auffält, das ist, und schon BUZZI hob es hervor, die Übertragung der Cholestolreaktion auf Cholesterinfette. In der ganzen LIEBERMANNschen Arbeit ist von Cholesterinfett nicht nur nicht die Rede, LIEBERMANN sagt es, wie schon erwähnt, ganz ausdrücklich, aufser Cholestol nur Cholesterin benutzt zu haben. Jeder Forscher also, welcher die LIEBERMANNsche Reaktion aufser auf diese beiden Körper, auf einen neuen, dritten, hier Cholesterinfette, ausdehnen wollte, befand sich in der Notwendigkeit, für jeden neuen Fundort das Vorkommen der beiden andern Körper (Cholestol und Cholesterin) speziell auszuschliefsen. Und diese Notwendigkeit lag für LIEBREICH um so mehr vor, als gerade in den von ihm untersuchten Organen das Vorkommen von Cholesterin eine längst bekannte Thatsache und die Verbreitung dieses Körpers im Organismus, wie LIEBREICH an einer Stelle selbst sagt, überhaupt eine aufserordentlich grofse ist.

Was die Fette des menschlichen Organismus speziell betrifft, so

Digitized by Google

habe ich mich zur Genüge davon überzeugt, daſs alle von mir untersuchten Glycerinfette Cholesterin enthielten.

Übrigens wird der Leser bemerkt haben, daſs in der späteren Mitteilung LIEBREICHS der indirekte Nachweis des Cholesterins fast ganz an die Stelle des direkten Nachweises des Cholesterinfettes getreten ist. Wir müssen aber im Gegenteil stets in jedem einzelnen Falle den positiven Nachweis des Cholesterinfettes selbst verlangen. Wir verstehen absolut nicht den Ausspruch LIEBREICHS:

„Der Identitätsnachweis gründet sich auf Ermittelung des Cholesterins."

Anfangs allerdings brauchte LIEBREICH eine Modifikation der LIEBERMANNschen Reaktion (siehe BUZZI), welche eine Unterscheidung von Lanolin und Cholesterin zuzulassen schien. Während LIEBERMANN eine Farbenskala von einfach rot und blau aufgestellt hat, gab LIEBREICH eine Skala von rot, blau und grün an, und zwar sollte sich die grüne Farbe aus der blauen entwickeln. Daſs auf dieses Grün Wert gelegt wurde, ersehen wir aus den bald darauf erschienenen LEWINschen und STICKERschen Mitteilungen.

Für den in der Chemie Bewanderten muſste es hiernach den Anschein haben, als ob LIEBREICH mit Bewuſstsein die LIEBERMANNsche Reaktion modifiziert und die grüne Variante in der LIEBERMANNschen Skala gerade zum Nachweis der Cholesterinfette geeignet gefunden habe. Nur wäre es richtiger gewesen, diese Reaktion von vornherein als eine neue, als LIEBREICHsche, zu bezeichnen.

In seiner zweiten Arbeit lieſs LIEBREICH diese Farbenskala rot, blau und grün wiederum fallen und ersetzte dieselbe durch eine Alternative: entweder erscheint nach dem Rot Grün, oder aber Blau.[12]

Wir werden später sehen, daſs diese neue Modifikation von LIEBREICH die erste ist, die so ziemlich das Richtige trifft, indem Cholesterinfette eine Skala mit Grün aufweisen, während reines Cholesterin neben Rot zuweilen auch Blau[13] zeigen soll.

Es wäre zu wünschen gewesen, daſs die Selbstkritik, welche in dieser zweiten Modifikation ausgesprochen liegt, noch etwas weiter und

---

[12] LIEBERMANN: rot-blau.
LIEBREICH: I. Variante: rot-blau und grün.
II. „ rot-grün oder blau.

[13] Wir selbst konnten uns davon nicht recht überzeugen, selbst bei Anwendung der von HESSE empfohlenen H_2SO_4 von 1,76 spez. Gewicht, wenn auch mitunter eine gewisse Tendenz des Cholesterins zum Blauen nicht zu verkennen ist. Man muſs sich überhaupt fragen, ob jenes Cholesterin aus menschlichen Gallensteinen und aus Ochsengalle, an welchem LIEBERMANN die Cholestolreaktion so schön fand, ganz rein war, oder aber kleine Beimischungen enthielt, welche auf die Reaktion von Einfluſs gewesen sein möchten.

Digitized by Google

dazu geführt hätte, dafs LIEBREICH selbst die Reaktion des Lanolins und Cholesterins genau gegeneinander abgewogen hätte.

In bezug auf die Art und Beschaffenheit des von LIEBREICH zur Untersuchung verwendeten Materials endlich erfahren wir gar wenig, und speziell was die menschliche Haut betrifft, sind wir ganz im Dunkeln gelassen, ob nur der keratinierte Teil derselben zur Extraktion gelangte, oder aber dieser zugleich mit der Cutis. Für die Lokalisierung bezüglicher Reaktionen kann dies selbstverständlich nicht gleichgültig sein, was übrigens aus dem bereits Gesagten ohne weiteres hervorgeht.

Das Unterhautfettgewebe gelangte zur Extraktion, soll aber eine so geringe, kurz auftretende Färbung geliefert haben, dafs dieselbe, wie LIEBREICH sich ausdrückt, gegenüber „der sonstigen Erscheinung" vernachlässigt werden könne.

II.

1. Löst man in einem Reagenscylinder ca. 0,02 g Cholesterin. puriss. in ca. 3 ccm Essigsäureanhydrid und versetzt diese Lösung mit einer kleinen Menge langsam zugegebener konzentrierter reiner H_2SO_4, so entsteht eine Rosafärbung, die bald in violett übergeht (LIEBERMANNsche Reaktion).

Bei Anwendung der LIEBERMANNschen Reaktion ist es uns nie gelungen, auf die anfängliche Rosafärbung eine Blaufärbung nach LIEBERMANNS Angabe zu bekommen. Wir haben schon (vid. Anm. 13) unsere Bedenken über die Deutung der von LIEBERMANN an Cholesterinpräparaten konstatierten Befunde ausgesprochen und zugleich die Frage aufgeworfen, ob die von ihm untersuchten menschlichen Gallensteine und Ochsengalle nicht Beimischungen enthalten haben könnten, welche die Reaktion beeinflufst hätten. Wir denken dabei unter anderm an die mögliche Anwesenheit von Jodspuren und zwar in erster Linie deshalb, weil die Anwesenheit kleiner Mengen von Jod in einer mit konzentrierter H_2SO_4 behandelten Cholesterinlösung — die Untersuchungen des Leberthrans führten uns darauf — die LIEBERMANNsche Reaktion (mit Blau) in schönster Form gibt, wie auch weiter in Erwägung des Umstandes, dafs Jod von der Leber sehr leicht aufgenommen und zurückbehalten werden kann. Die Einverleibung von Jodverbindungen kommt häufig genug vor. Ohne zunächst weiter greifen zu wollen, braucht man nur an die häufige therapeutische Anwendung der Jodpräparate zu denken.

BERNARD[14] fand, dafs nach Einspritzungen von Jodkaliumlösung Jodverbindungen in der Galle erscheinen. Sodann weifs man, dafs auch im Pflanzenreich Jod vorkommt, so dafs auch auf dem Wege des Ge-

[14] HOPPE-SEYLER, *Allgemeine Biologie.* pag. 314.

Digitized by Google

nusses solcher Vegetabilien Jod einverleibt werden kann. Wie dem auch immer sei, Thatsache bleibt, dafs der Eintritt der Blaufärbung bei Anwendung der Liebermannschen Reaktion auf Cholesterin unter allen Umständen kein sicherer ist und deshalb für die Reaktion auch nicht als charakteristisch bezeichnet werden kann.

2. Löst man in einem Reagiercylinder ca. 0,02 g Lanolin. puriss. Liebreich in ca. 3 ccm Essigsäureanhydrid und versetzt diese Lösung mit einer kleinen Menge langsam zugegebener H_2SO_4, so entsteht eine rasch verschwindende gelb-rötliche Färbung, die in ein ausgeprägtes Grün übergeht. —

Blau vor oder Blau nach dem Grünen (nach Liebreich) konnten wir nicht beobachten.

3. Löst man in einem Reagiercylinder ca. 0,01—0,03 g Cholesterin. puriss. in ca. 5 ccm Chloroform auf und schichtet dieser Lösung langsam und ohne Schütteln ein ähnliches Volumen konzentrierter reiner H_2SO_4 unter (NB. eine vorausgehende Lösung in Essigsäureanhydrid oder ein nachträglicher Zusatz des letzteren zur Chloroformlösung beeinflufst nach unserer Erfahrung die Reaktion nicht), so entsteht an der Berührungsfläche beider Flüssigkeiten ein gelbrötlicher Ring, der später feurig rotbraun wird und einen Niederschlag rotbrauner Massen zeigt. Das zunächst über der Grenzfläche sich befindliche Chloroform wird rosa-violett, das Violette herrscht bald vor, und der gröfste Teil der Chloroformsäule teilt nach und nach diese Färbung. Nach 24 Stunden ist die obengenannte feurig braunrote Grenzschicht am intensivsten gefärbt.

Nimmt man stärkere Lösungen, so wird das Chloroform über der Grenzfläche rasch kirschrot und zeigt sich später tief violett.

4. Löst man in einem Reagiercylinder ca. 0,01 — 0,03 g Lanolin. puriss. Liebreich in ca. 5 ccm Chloroform und schichtet dieser Lösung ein ähnliches Volumen konzentrierter H_2SO_4 unter, so entsteht an der Grenzfläche beider Flüssigkeiten eine gelbrötliche Schicht, die feurig rotbraun wird und einen Niederschlag braunroter Massen zeigt. Das zunächst über der Grenzfläche sich befindliche Chloroform zeigt ein ausgeprägtes Grün, welches der übrigen Chloroformmenge gleich einen stark grünlichen Stich verleiht und auch bald zum gröfsten Teile grünlich färbt. Einen leichten violetten Schimmer des Chloroforms im Anschlusse an die Grenzfläche, wie ein solcher von Vulpius und Liebreich beobachtet wurde, konnten wir nur dann konstatieren, wenn bei der Schichtung etwas geschüttelt wurde. Nach 24 Stunden ist die feurig rotbraune Grenzschicht am intensivsten.

Letztere Reaktion hat Vulpius zum Nachweise des Lanolins empfohlen. Dieselbe unterscheidet sich von der weiter oben von Liebreich

Digitized by Google

angegebenen SALKOWSKI-VULPIUS-Reaktion nur dadurch, dafs sie kein Essigsäureanhydrid braucht.

Die Anwesenheit von Essigsäureanhydrid ist in diesem Falle auch nach unserer Erfahrung von keinem Belange. In der Deutung dieser Reaktion dagegen weicht unsere Ansicht von derjenigen von VULPIUS und LIEBREICH etwas ab. Als charakteristisch für dieselbe sehen nämlich VULPIUS und LIEBREICH jene feurig braunrote Grenzzone an, die an die Farbe des Broms erinnert und nach 24 Stunden am stärksten geworden ist, sowie einen violetten Schimmer des zunächst über der Berührungsschicht liegenden Chloroforms. VULPIUS speziell erwähnt auch noch jenes rotbraunen Niederschlages fester Partikelchen, welche sich rings um die gefärbte Schicht an der Glaswand absetzt.

Es ist zuzugeben, dafs diese Grenzerscheinungen bei Lanolin stark aufzutreten scheinen. Allein ganz das nämliche Bild treffen wir bei Cholesterin zunächst, wie schon oben angeführt, sodann bei allen mehr oder weniger cholesterinhaltigen Fetten, und kann man daraus wohl kaum ein differentialdiagnostisches Moment ableiten. Wir sind im Gegenteil sehr geneigt, die Hauptsache an dieser Erscheinung einzig auf Cholesterin zu beziehen, bei Lanolin speziell auf das in demselben chemisch gebundene Cholesterin. —

Eins aber finden wir an dieser Reaktion charakteristisch, und das ist jenes ausgesprochene Grün der Chloroformlösung.

Dieses Grün treffen wir bei Cholesterin nie, und es ist dasselbe auch hier wie bei den schon besprochenen und noch zu besprechenden Reaktionen als für Lanolin charakteristisch aufzufassen.

5. Löst man in einem Reagiercylinder ca. 0,02—0,03 g Cholesterin. puriss. und 0,02—0,03 g Lanolin. puriss. LIEBREICH zusammen in ca. 5 ccm Chloroform und schichtet dieser Lösung ein gleiches Volumen konzentrierter H_2SO_4 unter, so entsteht an der Berührungsfläche beider Flüssigkeiten eine feurig braunrote Schicht mit einem braunroten Niederschlag. Das zunächst über der Grenzfläche liegende Chloroform zeigt ausgeprägt rosa-violette, und bald nur violette Färbung, welche nach und nach auf die Chloroformmenge sich weiter ausdehnt. Auf dieser violetten Zon sitzt eine grüne Zone. An der Breite und Intensität beider Zonen läfst sich ungefähr der relative Gehalt der Lösung an Cholesterin und Lanolin abschätzen. —

Diese Chloroform-H_2SO_4-Reaktion empfehlen wir für solche Fälle also, in denen neben Cholesterin auch Lanolin in Frage kommen kann. Wird die Reaktion mit der nötigen Aufmerksamkeit ausgeführt, so ist dieselbe genau und zuverlässig und läfst eventuelle Beimengungen von Lanolin bis auf kleine Spuren nachweisen.

6. Nimmt man von einer mäfsig starken Cholesterin-Chloroformlösung

Digitized by Google

eine kleine Probe auf ein Uhrschälchen und läfst das Choroform über der Flamme vollständig abdampfen — letzterer Umstand ist für die Reinheit und Schönheit der Reaktion wichtig — und setzt hierauf 1—2 Tropfen konzentrierter reiner H_2SO_4 hinzu, so bemerkt man unter dem Mikroskop schöne, homogene, gröfsere und kleinere gelbe Kugeln, die bald die Farben: Orange, Rosa, Karmin, Purpur zeigen, und schliefslich in ein schönes Violett abtönen. Bei gelungener Reaktion sieht man die ganze Masse ziemlich gleichzeitig die nämliche Skala durchlaufen. Immer ist der rote Ton ausgezeichnet ausgeprägt und ebenso die violette Schlufsfarbe. Nach dem Violetten tritt später eine dunkle, schmutzig graugrünliche Verfärbung ein.

Es ist dies in genauerer Ausführung (s. auch Buzzi) die alte Moleschott-sche-H_2SO_4-Reaktion für das Cholesterin[15], ebenso einfach wie elegant und sicher. Wir heben nochmals die ausgezeichnet schönen roten Farben im Anfange der Reaktion und das ebenso schöne Violett am Schlusse derselben hervor. Zuweilen bemerkt man dabei vereinzelte blaue Kugeln oder blaue Streifen oder auch blaue Bruchstücke, die gegen die übrige Masse kontrastieren und gar nicht zur Reaktion zu gehören scheinen. Ich erwähne hier eines ähnlichen Vorkommnisses, das Moleschott anführt (v. o.). Moleschott konnte in einem Falle durch H_2SO_4 und ohne irgend etwas zuzusetzen ein vollkommen schönes Blau erzeugen, als er die H_2SO_4 in den Verhältnissen 4 : 1 (Wasser) oder 3 : 1 auf das Gallenfett einwirken liefs, ohne zu erwärmen und ohne die Präparate gleich mit einem Glasplättchen zu bedecken.

Er liefs dieselben 2—3 Minuten an der Luft stehen. Selbst bei Anwendung einer Säure von $4^1/_2$: 1 fand er bei dieser Behandlung neben karminroten und violetten Kristallen blaue Bruchstücke, Streifen und Tropfen, aber viel weniger zahlreich. Moleschott bemerkte aber ganz ausdrücklich, dafs er dieses entschiedene Blau nur am Cholesterin von einer Bereitung hervorrufen konnte, vier andre Präparate, die er zur Vergleichung untersuchte, gingen nicht über Violett und Lila hinaus. —

Wir haben weiter oben des behaupteten Vorkommens von Blau in der H_2SO_4-Cholesterin-Reaktion schon gedacht und gesagt, dafs die Bedingungen, unter denen reines Cholesterin bei seiner Behandlung mit Schwefelsäure blaue Färbung zeigen soll, uns unbekannt sind, dafs aber sehr wahrscheinlich geringe Beimengungen intensiv reagierender Stoffe (Jod) im Spiele sein könnten.

7. Nimmt man von einer mäfsig starken Chloroformlösung von Lanolin. puriss. Liebreich eine kleine Menge auf ein Uhrschälchen, läfst

---

[15] *Wien. med. Wochenschr.* 1855. pag. 131.

Digitized by Google

das Chloroform über der Flamme abdampfen und versetzt hierauf den Rückstand mit 1—2 Tropfen konz. H_2SO_4, so sieht man unter dem Mikroskop schöne gelbe Kugeln neben andern gelben Massen, die bald orange und zum Teil rosafarbig werden, dann aber in ein ausgeprägtes Grün abtönen.

Der Ton ins Rote ist hier immer viel schwächer als bei Cholesterin, der Ton ins Grüne dagegen durchaus dominierend. Auch hier bemerkt man zuweilen ganz ähnlich wie bei Cholesterin vereinzelte blaue Kugeln oder blau gefärbte Bruchstücke, die wie gesagt bestimmterer Deutung noch harren.

Resümieren wir die Thatsachen dieses Kapitels, so finden wir, dafs die citierten Reaktionen, wenn auch verschieden in ihrer Form, doch immer nur dasselbe zeigen. Sie alle beweisen uns die Thatsache, dafs die charakteristischen Grundfarben für diese beiden Stoffe die folgenden sind:

	Anfangsfarbe	Schlufsfarbe
Cholesterin	rot	violett
Lanolin	orange bis rot	grün

Auf diese ist vor allem zu achten, alle andern Erscheinungen haben keinen charakteristischen Wert. Ebenso wenig vermag das Volumen und die Stärke der zur Untersuchung verwendeten Lösungen, von denen wir oben einige Beispiele mitgeteilt, die Reaktion wesentlich zu beeinflussen.

Die genannten Grundfarben sind von um so gröfserer Bedeutung, als man bei aufmerksamem Reagieren mittels derselben sogar in Mischungen Cholesterin neben Lanolin zu erkennen und selbst annähernd quantitativ abzuschätzen vermag.

III.

Nachdem wir im vorhergehenden die Reaktion für Cholesterin und Lanolin zunächst für sich, dann aber auch für Cholesterin und Lanolin zugleich näher festgestellt haben, erwächst uns die Aufgabe, an die Untersuchung des Hautextraktes zu schreiten.

Zu unsern Untersuchungen haben wir von der menschlichen Haut diejenigen Partien gewählt, welche für gewöhnlich die dickste Epidermis besitzen, nämlich die Fufssohle. Doch auch die Haut der Handflächen und anderer Körperregionen gelangte zu Extraktion und Untersuchung.

Digitized by Google

Zur Trennung der Epidermis von der Cutis bedienten wir uns der jüngst von Dr. PHILIPPSON empfohlenen Methode[16], welche es gestattet, Epidermis von Cutis ganz scharf zu trennen. Die Methode besteht darin, daſs man die betreffenden Stücke in einer sehr schwachen, 1/3 bis 1/4 %igen Essigsäure, je nach der Gröſse derselben 1—3 Tage, liegen läſst. Alsdann erfolgt die Trennung infolge der verschiedenen Quellungsfähigkeit der Oberhaut einerseits und der bindegewebigen Cutis anderseits in ganz scharfer Weise.[17]

Das Unterhautfettgewebe wurde schon vorher möglichst vollständig von der Cutis entfernt und schlieſslich alle 3 Teile, Epidermis, Cutis und Unterhautfettgewebe, in zerkleinertem Zustande für sich der Extraktion in Chloroform, Äther oder Benzol übergeben.

Die gewonnenen Extrakte gelangten in ähnlicher Form wie Cholesterin und Lanolin zur Untersuchung.

Epidermisextrakt.

1. Löst man in einem Reagenscylinder ca. 0,02—0,03 g Epidermisextrakt in ca. 3 ccm Essigsäureanhydrid und versetzt hierauf die Lösung mit einer kleinen Menge konz. H_2SO_4, so entsteht eine Rosafärbung, die bald in Violett übergeht.

2. Löst man in einem Reagenscylinder ca. 0,01—0,03 g Epidermisextrakt in ca. 5 ccm Chloroform und schichtet dieser Lösung ein ähnliches Volumen konz. H_2SO_4 unter, so entsteht an der Berührungsfläche beider Flüssigkeiten ein gelbrötlicher Ring, der später feurig rotbraun wird und einen Niederschlag rotbrauner Massen zeigt. Das Chloroform zunächst über der Grenzschicht zeigt eine rosa-violette Färbung. Das Violett herrscht bald vor, und der gröſsere Teil der Chloroformsäule teilt nach und nach diese violette Färbung. Von eventueller Beimischung andrer Farben ist nicht die geringste Spur vorhanden.

3. Nimmt man von einer mäſsig starken Epidermisextrakt-Chloroformlösung eine Probe auf ein Uhrschälchen und läſst das Chloroform vollständig über der Flamme verdampfen, setzt hierauf 1—2 Tropfen H_2SO_4 hinzu, so bemerkt man unter dem Mikroskop schöne, homogene, gröſsere und kleinere gelbe Kugeln, die bald folgende Farbenskala durchlaufen: Orange, Rosa, Karmin, Purpur und schlieſslich in schönes Violett abtönen.

Die ganze Masse durchläuft diese Skala ziemlich gleichzeitig; immer

---

[16] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. 1889. No. 9.

[17] Die hierzu verwendete Essigsäurelösung wurde untersucht und lieſs keine Spur von Cholesterin und Cholesterinfett nachweisen.

Digitized by Google

ist der rote Ton ausgezeichnet und ebenso die violette Schlufsfarbe. Beimischungen, die die Gleichmäfsigkeit des Bildes stören resp. eine andre Reaktion zeigen würden, sind nicht vorhanden. Auch fehlen hier immer jene geringen blauen Beimischungen, welche in Form von Kugeln, Streifen und Bruchstücken bei Cholesterin und Lanolin mitunter zu treffen sind. Nach dem Violett tritt später auch hier wie bei Cholesterin eine schmutzig grau-grünliche Verfärbung ein. Ein ganz gleiches Verhalten zeigen die Extrakte aus der Cutis und dem Unterhautfettgewebe, nur ist hier der Gehalt an Cholesterin ein bedeutend geringerer.

Diese vielfach wiederholten Untersuchungen ergaben immer das nämliche Resultat. Sie beweisen uns also mit gröfster Bestimmtheit, dafs weder in der Oberhaut, noch in der Cutis und im Unterhautfettgewebe der menschlichen Haut Spuren von Lanolin vorkommen, und dafs alles das, was bei LIEBREICH und andern auf Lanolin zu deuten schien, ausschliefslich auf Cholesterin zu beziehen ist.

IV.

Da wir jetzt in der Lage sind, Cholesterin von Lanolin zu unterscheiden, so haben wir uns schliefslich auch noch der Aufgabe unterzogen, das Cholesterin im Hautextrakt von den beigemengten Hautfetten zu trennen, um hierdurch auch noch dem allfälligen Einwand zu begegnen, dafs Spuren von Lanolin unserm Hautfette doch beigemengt gewesen seien und durch unsere Reaktionen unberücksichtigt geblieben wären. Hierzu blieb uns kein andrer Weg übrig als derjenige der Verseifung.

Es handelte sich also darum, alle Glycerinfette des Hautextraktes in Seife überzuführen und den nicht verseifbaren Teil desselben von den Seifen zu trennen.

Im unverseiften Rest hatten wir vor allem Cholesterin zu erwarten, sodann eventuell vorhandenes Lanolin. Dafs Lanolin bei dieser Behandlung nicht auch in Verseifung übergeht, beruht auf seinem gegenüber den gewöhnlichen Glycerinfetten verschiedenen chemischen Verhalten. Während nämlich letztere durch wässerige Alkalien verseift werden können, kann dies nach LIEBREICH bei Lanolin nur durch alkoholisches Kali oder durch schmelzendes Kali bewirkt werden.

Zur Verseifung selbst benutzten wir die nämliche Methode, deren sich HOPPE-SEYLER[18] zur Trennung von Cholesterin von Ätherextraktrückständen bedient hat, nur mit dem Unterschied, dafs wir an Stelle

[18] HOPPE-SEYLER, Über das Vorkommen von Cholesterin und Protagon und ihre Beteiligung bei der Bildung des Stroma der roten Blutkörpern. *Medizinisch-chemische Untersuchungen.* I. Heft. 1866. pag. 143.

Digitized by Google

überschüssiger konz. alkoholischer Lösung von Ätzkali ca. 40 % wässerige Kalilauge benutzten und dies aus schon erwähntem Grunde. Der Prozefs verlief folgendermafsen: Die völlig klar abgegossenen oder filtrierten Ätherauszüge wurden auf dem Wasserbade durch Destillation vom Äther befreit. Der Rückstand wurde mit überschüssiger, klarer, wässeriger 40 %iger Kalilauge auf dem Wasserbade mehrere Stunden im Sieden erhalten, und dann die Seifenlösung mit Wasser verdünnt[19] und mit Äther geschüttelt. Nach dem Absitzenlassen und Abgiefsen des Äthers wurde derselbe untersucht. Auf dem Objektträger verdunstet, durfte ein Tropfen desselben mikrochemisch kein Fett mehr erkennen lassen. War dieses dennoch der Fall, so wurde der abgedampfte Ätherrückstand nochmals mit Kalilauge warm behandelt und die Flüssigkeit nochmals nach dem Erkalten mit Äther geschüttelt.

Wir haben diese Prozedur mehrmals durchgeführt und als Rest stets nur reines Cholesterin bekommen, keine Spur von Lanolin und keine sonstigen Fette.[20]

Dieser reinere Cholesterinextrakt ergab die oben angeführten reinen Cholesterinreaktionen in vollkommenster Weise.

V.

Auf die von uns gefundenen Thatsachen fufsend, müssen wir die Rolle des Lanolins im Tierreiche doch wesentlich anders auffassen, als es nach der bekannten Arbeit von Liebreich den Anschein hatte.

Als sicherer Fundort für dasselbe existiert für uns bisher nur die Schafwolle. Alle andern Horngebilde enthalten nach Buzzis und unsern Untersuchungen, die sich vollständig an das schon früher Bekannte anreihen, wohl Cholesterin in erheblichen Mengen, aber Lanolin oder überhaupt Cholesterinfette hat weder Liebreich noch sonst jemand mit Sicherheit in denselben nachgewiesen.

Auf der andern Seite ist das Vorkommen des Cholesterins ein noch viel verbreiteteres, als man es bisher angenommen hat. Was für uns am wichtigsten erscheint, auch die gewöhnlichen tierischen Glycerinfette, das subkutane Fett des Menschen nicht ausgenommen, enthalten es, und hierauf sind die positiven Resultate gegenüber der Liebermannschen

---

[19] Von den Seifen geht nach Hoppe-Seyler nur dann etwas in den Äter über, wenn es an Wasser und Alkali fehlt.

[20] Es ist mir trotz wiederholter gründlicher Verseifung nicht gelungen, den Ätherextrakt so absolut frei von Glycerinfetten zu erhalten, als man nach den gewöhnlichen Angaben über Verseifung erwarten sollte. Mikrochemisch liefsen sich stets noch sehr geringe Spuren von Glycerinfett nachweisen. Für unsre Hauptfrage nach dem Vorhandensein von Lanolin im Ätherextrakt nach Abscheidung der gröfsten Menge der Glycerinfette sind diese aber nur schwer zu beseitigenden Spuren der letzteren jedoch ohne Belang.

Digitized by Google

Reaktion zu beziehen, die von andrer Seite unrichtig auf Cholesterinfette bezogen wurden. Ganz besonders reich an Cholesterin fanden wir den Leberthran. So erklären sich auch LIEBREICHS Befunde von Cholesterinfett in der Niere, Leber und im Fett des Kaninchenblutes; auch hier handelte es sich höchst wahrscheinlich nur um Cholesterin.

Besonders müssen wir Dermatologen dem Irrtum zu begegnen suchen, dafs in den Übergangsschichten der Oberhaut des Menschen Lanolin von irgend jemand nachgewiesen und überhaupt nachweisbar sei. Nachdem gerade jetzt durch die Bemühungen so vieler Forscher die komplizierte Histologie dieser Oberhautschicht einigermafsen aufgeklärt wird, kann eine solche unerwiesene Behauptung von autoritativer Seite dem Fortschritte unserer Erkenntnis an dieser Stelle nur schaden.

Ebenso müssen wir auf die einschmeichelnde Anschauung verzichten, dafs die menschliche Haut mit einem besonderen aseptischen Fette zum Schutz gegen Mikroparasiten ausgerüstet sei. An Stelle des Lanolins zeigt die genauere mikroskopische und chemische Untersuchung von BUZZI und mir eine ungeahnte grofse Menge von Cholesterin in den Knäueldrüsen und der Oberhaut. Es wäre im Sinne von GOTTSTEIN zu untersuchen, ob die starke Beimischung dieser Substanz vielleicht eine Rolle spielen könnte, die man allzu rasch einem hier nicht vorhandenen Cholesterinfett zuzuschreiben geneigt war.

Zum Schlusse sprechen wir unserm verehrten Lehrer, Herrn Dr. UNNA, für seine Rathschläge und bewährte Unterstützung bei dieser Arbeit unsern herzlichsten Dank aus.

Digitized by Google

Über Dermatitis exfoliativa universalis.

Eine Reihenfolge von 21 Fällen.

Von

Stephen Mackenzie, M. D. F., R. C. P.

Universelle exfoliative Dermatitis, auch Pityriasis rubra genannt, ist eine der selteneren Hautkrankheiten, und dazu eine Krankheitsform, über welche beträchtliche Meinungsverschiedenheiten obwalten. Aus diesem Grunde glaube ich, dafs eine Serie von Fällen, die sämtlich von einem einzelnen Beobachter verfolgt wurden, ohne Zweifel für jeden, der dieses Leiden zu studieren wünscht, von Interesse sein werden. Die hier mitgeteilten 21 Fälle sind bis auf 5 alle von mir selbst ärztlich behandelt worden, und die übrigen habe ich auf den Abteilungen meiner Kollegen am London Hospital zu sehen Gelegenheit gehabt, und haben diese mir freundlichst gestattet, dieselben zu veröffentlichen. Im wesentlichen soll nun in diesen Zeilen hauptsächlich auf die diese Fälle betreffenden Thatsachen Bedacht genommen werden, ohne auf eine Besprechung der Litteratur über den Gegenstand einzugehen.

Zunächst ist es notwendig festzustellen, was ich unter allgemeiner exfoliativer Dermatitis verstehe. Mit diesem Ausdruck bezeichne ich eine Entzündung der gesamten oder des gröfseren Teiles der Haut. Diese ist mehr oder weniger intensiv hyperämisch und mehr oder weniger reichlich mit lose anhaftenden Epidermisschuppen bedeckt. Wir haben demnach drei Hauptsymptome des Leidens: 1. die Allgemeinheit; 2. die Hyperämie; 3. die Abschuppung. Der Grad der Hyperämie ist in den einzelnen Fällen verschieden, indem die Haut manchmal lebhaft gerötet, manchmal von nur mattroter Farbe ist; die Rötung verschwindet auf Druck und hinterläfst eine gelbliche Färbung der Haut, eine Folge der Zersetzung der ausgewanderten Blutkörperchen. In vielen Fällen kann man eine ausgesprochene Verdickung der Haut wahrnehmen. Die Schuppen zeigen vielfach Verschiedenheiten in bezug auf ihre Gröfse und die Geschwindigkeit der Entwickelung, je nach den Besonderheiten der einzelnen Individuen sowohl, als auch der verschiedenen Teile des Körpers. Gewöhnlich sind sie auf dem Rücken und den Extremitäten am gröfsten und am zahlreichsten; Brust und Abdomen sind meistens weniger befallen. Am Gesicht zeigen sie gewöhnlich eine mehr oder weniger sehnige Beschaffenheit, während sie auf der Kopfhaut in der Regel durch Sebum zusammengeklebt sind, so dafs sie eine zähe Kruste bilden, deren Oberfläche stellenweise sich ablöst. Die Handteller und Fufssohlen sind ge-

Digitized by Google

wöhnlich erst im späteren Verlauf der Krankheit befallen und bleiben auch manchmal gänzlich verschont; werden diese Teile affiziert, so sieht man meistenteils die Epidermis sich in grofsen Stücken ablösen. Die kutanen Nebengebilde nehmen oftmals ebenfalls an der Krankheit teil. Die Nägel werden undurchscheinend, mifsfarben, rissig und voller Furchen; häufig lösen sie sich in toto ab. Es kommt öfters vor, dafs sie von unterwärts durch Anhäufungen von epidermoidem Gewebe an dem Nagelbette in die Höhe gedrängt werden. Durch Zusammenwachsen dieser Gebilde werden die Nägel sehr entstellt und ähneln dann mehr Klauen von Vögeln oder Säugetieren. Das Haar ist weniger häufig affiziert, doch wird es in einigen Fällen trocken, von matter Farbe, zerbrechlich und leicht auszuziehen, so dafs erhebliches Defluvium entsteht.

Die das Hautleiden begleitende Störung des Allgemeinbefindens ist nicht immer von der gleichen Intensität. Es besteht zum Beispiel in der Mehrzahl der Fälle ein gewisser Grad von Temperatursteigerung. Dieselbe ist bald von kurzer Dauer und bedeutender Intensität, bald von längerem Bestand und mäfsigeren Grades. Ferner besteht eine gewisse Disposition zu Komplikationen von seiten der inneren Organe, besonders der Lungen und Nieren. Indessen ist es doch auffällig, was auch von den meisten Autoren erwähnt wird, dafs in vielen Fällen verhältnismäfsig nur sehr geringe Schädigung der Gesundheit im allgemeinen durch diese lang dauernde und weit ausgedehnte Affektion der Haut hervorgerufen wird. Die Geschwindigkeit der Entwickelung und die Dauer des Leidens sind ebenfalls beide sehr variabel. Unter Umständen ist im Laufe einer Woche, ja sogar nur weniger Tage die gesamte Körperoberfläche ergriffen, während bei andern Patienten die Affektion jahrelang bestehen bleibt, ehe sie universell wird. Desgleichen sieht man die Krankheit einmal nach wenigen Wochen vergehen, das andre mal 50 Jahre lang fortbestehen. Bei den langdauernden Formen beobachtet man gewöhnlich Remissionen und Exacerbationen, oftmals auch begegnet man bei anscheinend geheilten Fällen unerwarteten Recidiven. Gelegentlich tritt auch der Exitus letalis bei dieser Krankheit ein und zwar gewöhnlich infolge von Komplikationen seitens der Lunge.

Man hat dieser Krankheit viele verschiedene Bezeichnungen beigelegt. Devergie hat zie zuerst unter dem Namen Pityriasis rubra beschrieben. Hebra beschrieb unter demselben Namen eine im wesentlichen gleiche Affektion, wennschon seine Schilderung in einigen Details von der von Devergie gegebenen abweicht. Erasmus Wilson lieferte eine höchst anschauliche Beschreibung des Leidens und schlug die Bezeichnungen Ekzema foliaceum, Ekzema exfoliativum und Dermatitis exfoliativa vor. Der verstorbene Hilton Fagge publizierte ebenfalls eine Darstellung dieser Affektion und wählte den Namen Ekzema spuamosum uni-

Digitized by Google

versale seu Pityriasis rubra, und M. Brocq schlägt vor, die Bezeichnung Exfoliative Dermatitis oder „Erasmus Wilsons Krankheit" für eine bestimmte Gruppe von Fällen zu reservieren. Es ist nicht ohne Interesse, diese verschiedenen Namen aufzuzählen, da sie auf die Ansichten der verschiedenen Autoren betreffs der eigentlichen Natur des Leidens gewisse Rückschlüsse erlauben. Der Ausdruck Dermatitis exfoliativa universalis hat schon gröfstenteils die sonst gebräuchlichen Namen in letzter Zeit völlig verdrägt. Der verstorbene Dr. Buchanan Baxter[1] hat sich ein grofses Verdienst erworben, indem er die seiner Zeit veröffentlichten Fälle einer kritischen Sichtung unterzog, auch eigene Fälle hinzufügte und sie in zwei bestimmte Rubriken, als primäre oder als sekundäre exfoliative Dermatitis, je nach der Ätiologie, einreihte.

Dasselbe Einteilungsprinzip ist auch von mir in der vorliegenden Arbeit befolgt worden.

Die hier verzeichneten und tabellarisch geordneten Fälle zerfallen in 5 Gruppen. In Gruppe A gehören 11 Fälle von primärer exfoliativer Dermatitis. Die Gruppe B umfafst 5 Fälle, bei denen der Zustand der Exfoliation sich zu Ekzema hinzugesellte oder mit demselben kompliziert war. Die dritte Gruppe bilden zwei Fälle, welche sich aus Psoriasis entwickelt hatten. Die Gruppe D enthält zwei Fälle von einem unbestimmten Typus, und als letzte Gruppe ist ein isolierter Fall von Pemphigus foliaceus verzeichnet, da viele Autoren denselben zur Gattung der exfoliativen Dermatitis hinzurechnen würden.

Es wird meistens angegeben, dafs das Leiden bei Männern häufiger als bei Frauen vorkomme. Diese Beobachtung wird durch meine Serie bestätigt, denn es sind dabei 13 Fälle bei Männern gegen 8 bei Frauen.

Was ferner das Alter betrifft, so finden wir bei einer Einteilung der Kranken nach Jahrzehnten folgende Verhältnisse:

Im	Alter	zwischen	11	und	20	Jahren	1
„	„	„	21	„	30	„	1
„	„	„	31	„	40	„	2
„	„	„	41	„	50	„	6
„	„	„	51	„	60	„	6
„	„	„	61	„	70	„	4
„	„	„	71	„	90	„	1

Der jüngste Patient war ein 15jähriger Knabe, zur Gruppe D gehörig (No. 20), und das höchste Alter zeigte eine 84jährige Frau (No. 4) in Gruppe A. Demnach entfällt die gröfste Zahl auf das fünfte, sechste und siebente Dezennium, und mehr als 75 % betrafen das mittlere oder das noch spätere Lebensalter. Diese Krankheit kommt bei Kindern aller-

[1] *British Medical Journal.* 1879. Vol. II. pag. 29.

Digitized by Google

dings auch vor, und unter Dr. Buchanan Baxters Fällen finden sich sogar viele Kinder als mit derselben behaftet verzeichnet.

Entwickelungsweise: Wenn das Leiden sich einmal völlig ausgebildet hat, gleichgültig auf welche Weise es entstanden sein mag, so gleichen sich die einzelnen Fälle untereinander so genau, dafs es fast oder sogar gänzlich unmöglich wird, sich über ihre Entstehungsweise ein Urteil zu bilden. Deshalb ist es von gröfster Wichtigkeit, sich über die Art und Weise, wie sich das Leiden entwickelt, zu informieren. Ich habe bei der Zusammenstellung meiner Tabellen auf diesen Punkt besondere Aufmerksamkeit verwandt, und es sind aus diesem Grunde die Fälle in primäre und sekundäre eingeteilt worden. In keiner Beziehung zeigen die einzelnen Fälle gröfsere Abweichungen als in dieser. Es wird gewöhnlich angegeben, dafs das Leiden als eine Rötung von erysipelatöser Beschaffenheit an einer oder mehreren Stellen der Haut anfange und sich im Laufe ungefähr einer Woche über den gröfsten Teil oder auch die Gesamtheit der Oberhaut ausbreite. Was die Fälle von primärer Dermatitis exfoliativa betrifft, so ist der genaue Modus des Entstehens nicht bei allen Fällen angegeben. Bei einem einzigen, No. 9, soll sich die Affektion zunächst als eine mit Brennen verbundene Rötung entwickelt haben. Bei diesem Patienten soll sie sich nur allmählich ausgebreitet haben, und trotz dreifsigjährigen Bestehens waren Gesicht und Hände erst in den letzten zwei Jahren befallen. Als erste Symptome werden ferner bei vier Patienten fleckige Rauhigkeiten angegeben, und bei dreien „Blütchen“ oder „rote Blütchen.“ Sechsmal waren die Extremitäten zuerst befallen und einmal der Rumpf. Die bis zum Befallenwerden der gesamten Oberfläche erforderliche Zeitdauer war in vielen Fällen nicht zu eruieren, jedenfalls scheint sie sehr verschieden gewesen zu sein. Einmal, bei Fall No. 1, welcher in Form von Blütchen anfing, wurde die Krankheit innerhalb einer Woche universell, und bei No. 8, der sich zuerst als ein schuppiger Fleck darstellte, sollen bis zum Allgemeinwerden 5 bis 6 Jahre verstrichen sein.

Hereditäre Verhältnisse: Unter den Fällen von Primärerkrankung (Gruppe A) sind fünf, bei denen die Anamnese das Vorhandensein von Hautkrankheiten bei andern Mitgliedern der Familie nachwies. Bei vier derselben läfst die Beschreibung darauf schliefsen, dafs die Betreffenden an Psoriasis gelitten haben. In einem Fall (No. 8) soll der Vater des Patienten viele Jahre lang an einer dem Hautleiden des Betreffenden ähnlichen Affektion, die erst drei Jahre vor seinem Tode verschwand, gelitten haben. Dieselbe erinnerte in bezug auf ihre Entwickelung und ihr Aussehen einigermafsen an Psoriasis, nur dafs sie unter Remissionen und Exacerbationen die gesamte Körperoberfläche während 48 Jahren inne gehabt hatte. Von andern erblichen Krankheiten wurde nichts von

Digitized by Google

gröfserem Interesse nachgewiesen. In vier Familien wurde Phthise oder jedenfalls ein Lungenleiden konstatiert; in einem Fall (No. 3) waren Vater und Mutter beide an Schwindsucht gestorben, und einige der Geschwister waren an Lungenkrankheiten zu Grunde gegangen; desgleichen waren bei Fall No. 7 Lungenkrankheiten in der Familie stark vertreten. Indessen ist ja Tuberkulose ein so verbreitetes Leiden, dafs man nicht mit Sicherheit aus diesen Beobachtungen bei einer so kleinen Anzahl von Patienten irgend welche bestimmten Schlüsse ziehen kann. Muskelrheumatismus, Gelenkrheumatismis und Gicht waren in je einer Familie vertreten.

Beschäftigung: Von der Beschäftigung läfst sich nicht behaupten, dafs sie auf die Erzeugung der Krankheit irgend einen definitiven Einfluſs äufserte. Vier von den Männern waren im Freien, drei im Hause beschäftigt. Einer (No. 2) schrieb sein Leiden den Arbeiten in feuchten Kellergewölben zu.

Vorherige Krankheiten: Bei vier Kranken hatten Gelenkkrankheiten bestanden oder waren noch vorhanden; ein Patient hatte 48 Jahre zuvor an Gelenkrheumatismus gelitten; bei dreien (von denen der eine nebenbei auch Gelenkrheumatismus gehabt haben soll) wurde angegeben, dafs sie an Gicht gelitten hätten. Bei zweien derselben traten ausgesprochene gichtische Erscheinungen noch während der Beobachtungszeit hervor, und bei einem derselben hatte die gegen die Gicht gerichtete Therapie einen offenbar günstigen Einfluſs auch auf das Hautleiden. Der andre Gichtfall hatte sich mit Variola infiziert, weswegen seine Entfernung aus dem Hospital erforderlich wurde, und es konnte aus diesem Grunde die Wirkung der eingeschlagenen Behandlung nicht verfolgt werden. Viele der verzeichneten Fälle lassen einen Zusammenhang zwischen Gelenkerkrankungen und Dermatitis exfoliativa erkennen, indem bei einigen Fällen die beiden sich geradezu ablösten. Ein Kranker, No. 2, hatte dreifsig Jahre vor dem Auftreten des Hautleidens drei Monate an Anasarka gelitten, doch war sein Urin zur Zeit der Beobachtung stets eiweifsfrei gewesen, so dafs man diese Affektion nicht mit der Nierenkrankheit in Zusammenhang bringen kann. Ein andrer Patient, No. 10, hatte vier Jahre vor Beginn der Dermatitis an Typhus und Nierenerkrankung gelitten, aber auch dessen Urin wurde völlig eiweifsfrei befunden, und es wurden auch während der einige Monate lang dauernden Beobachtungszeit keine weiteren Symptome eines Nierenleidens nachgewiesen. Syphilis liefs sich nur in einem einzigen Fall als früher bestanden nachweisen, und in einem ebenfalls isolierten Falle (No. 3, Gichtkranker) wurde auch übermäfsiges Potatorium zugegeben.

Dauer der Krankheit vor der Behandlungszeit: Die Gruppe A zerfällt naturgemäfs in zwei Abteilungen. Bei den Fällen 1 bis 6

Digitized by Google

inklusive erstreckte sich die Krankheit auf 5 Wochen bis 11 Monate mit einem Durchschnitt von $3^1/_2$ Monaten; dagegen dauerte sie bei den Fällen der zweiten Abteilung No. 7 bis 10 24, 48, 30 und 17 Jahre. Fall No. 11 ist mit den genaueren Details wiedergegeben. Die Affektion hatte bei dieser Patientin schon zwei Jahre bestanden, als sie mir zu Gesicht kam, und hielt noch einige Jahre nachher bis zum Tode der Patientin an. Zwar zeigte dieselbe nach der Art und Weise des Beginnens manche Abweichungen von den Fällen von Pityriasis rubra, welche Hebra beschrieben hat, indessen däucht mir, dafs der Verlauf derselben gröfsere Ähnlichkeit mit jener Form aufweist als bei irgend einem andern mir vorgekommenen Fall.

Wenn ich nun zu den Fällen übergehe, bei denen die allgemeine exfoliative Dermatitis sich sekundär im Anschlufs an irgend ein andres Hautleiden entwickelte oder mit einem solchen kompliziert war, so sind zunächst in der Gruppe B 5 Fälle verzeichnet, bei denen als Komplikation Ekzem bestand. Bei einem derselben hatte der Vater des Patienten an einem Hautleiden gelitten, das der Beschreibung nach für Psoriasis gelten mufste. Aufser bei diesem Patienten wurde keinmal das Vorhandensein irgend welcher Hautaffektion bei Verwandten nachgewiesen. Einmal (No. 15) ergab die Anamnese Brustleiden; Vater und Mutter waren jung gestorben, und ein Bruder litt an irgend einer Lungenaffektion. Drei von den männlichen Kranken hatten ihre Beschäftigung im Freien, einer verrichtete seine Arbeit im Hause. Die einzige weibliche Kranke in dieser Gruppe (No. 12) war verheiratet, kinderlos und ihres Zeichens Schneiderin.

Der wesentlichste Punkt bei diesen Fällen ist der Entwickelungsmodus. Von No. 12 ist anzunehmen, dafs chronisches Ekzem an der Beugeseite der Gelenke viele Jahre hindurch bestand; der Dermatitisanfall setzte mit Papeln und gelben Bläschen ein. Während der Weiterverbreitung trat ein wässeriges Sekret auf, worauf sich dann weifse Schuppen ausbildeten. Bei No. 13 kamen zuerst „weifse Flatschen“ wie „Blasen“ zum Vorschein; dieselben blieben zunächst auf die Vorderarme beschränkt, aber nach drei Monaten griffen sie weiter um sich, bis das gesamte Integument (unter Verschonung der Nägel) ergriffen war. No. 14 hatte als die ersten Anfänge der Krankheit an den Kniekehlen und der Flexorseite der Ellenbeuge kleine, rote Knötchen dargeboten, denen eine unbedeutende Sekretion folgte. Allmählich fand eine Ausbreitung über den ganzen Körper statt, und als der Kranke mir zu Gesicht kam, konstatierte ich einen vollständig typischen Fall. Bei No. 15 war die Krankheit zunächst an den gewöhnlichen Ekzemstellen lokalisiert, und es bestand an den Beinen eine ekzemartige Sezernierung. Der Ausschlag war auf dem Rumpf fleckig, dagegen bot die Krankheit im allgemeinen einen

Digitized by Google

ganz erythematösen Charakter mit trockener Schuppenbildung dar. Der plötzliche Anfang und das Auftreten von Ödem machen diesen Fall besonders interessant. Der Patient berichtete, er habe beim Auskleiden bemerkt, dafs seine Arme mit weifsen Knötchen bedeckt waren. Dieselben platzten und ergossen eine Flüssigkeit „wie Wasser". Während der Nacht war es ihm wegen des heftigen Juckens unmöglich zu schlafen; auch fühlte er grofsen Durst und Hitze. Am nächsten Morgen stand er auf und begab sich wie gewöhnlich an die Arbeit, aber als er am Nachmittag nach Hause kam, bemerkte er, dafs seine Füfse geschwollen waren, und dafs er Mühe hatte, seine Stiefel auszuziehen. Jetzt bemerkte er auch, dafs sein ganzer Körper „mit Knötchen bedeckt" war. Am Morgen darauf (dritter Tag) fiel ihm auf, dafs seine Beine, Abdomen und Rücken geschwollen waren. Patient zeigte einen plethorischen Habitus mit rundem rotem Gesicht und roten Lippen, und litt ferner an emphysematösen Beschwerden. Die Haut war überall rot, mit Schuppen und Schorfen bedeckt, nicht sezernierend, aber aufseroreentlich heftig juckend. Man kann nun allerdings darüber streiten, ob dieser Fall als akutes allgemeines Ekzem oder als Dermatitis exfoliativa universalis aufzufassen sei. No. 16 wurde von mir wegen eines charakteristischen Ekzema madidum der Beine behandelt, als beinahe die gesamte Haut sich rötete (indem sie einen tief erythematösen Charakter annahm, wobei die Röte auf Druck wieder verschwand) und sich mit trockenen Schüppchen bedeckte. Abgesehen von dieser Anamnese fand sich wenig oder gar kein Anhalt, um diesen Fall von primärer exfoliativer Dermatitis zu unterscheiden, was wir noch besonders bestätigen konnten, da wir zufällig Gelegenheit hatten, den Zustand der Haut bei diesem Patienten mit demjenigen bei den Fällen 1 und 11, welche sich zur selben Zeit im Hospital befanden, zu vergleichen.

Die Gruppe C umfafst zwei Fälle, bei denen das Leiden sich auf der Basis von Psoriasis entwickelte und auch einige der Eigenschaften derselben beibehielt. No. 17 war eine 39jährige Kleidermacherin, welche seit ihrem 17. Jahre an Psoriasis gelitten und 5 Wochen vor ihrer Aufnahme in der Klinik einen frischen Nachschub erlitten hatte. Derselbe hatte wie gewöhnlich als lokale Affektion begonnen, hatte sich aber dann über den ganzen Körper ausgebreitet, und als sie sich vorstellte, waren die mittleren Partien des Gesichts allein noch verschont geblieben. Die Patientin erholte sich nach einer fünfmonatlichen Behandlungsdauer sehr gut, doch hat sie seitdem zwei Anfälle von gewöhnlicher Psoriasis durchgemacht. No. 18 hatte früher zweimal an einer Krankheit gelitten, welche für Psoriasis galt, die aber den ganzen Körper befallen hatte. Der Fall war eine sehr prononzierte Dermatitis exfoliativa, als ich ihn in Behandlung hatte, und es erscheint mir auch zweifelhaft, ob die früheren Er-

Digitized by Google

krankungen wirklich Psoriasis waren, oder ob sie von derselben Art wie die von mir beobachtete Krankheit waren.

In der Gruppe D finden sich zwei Fälle von ziemlich unbestimmtem Typus. Der eine derselben (No. 19) fing zuerst in Form von Papeln auf den Vorderarmen ein Jahr zuvor an, doch verschwanden dieselben wieder. Fünf Monate vor der Aufnahme trat ein neuer Anfall auf, der dann allgemein wurde und Erscheinungen darbot, welche nur als exfoliative Dermatitis gedeutet werden konnten. Zwar waren die Schuppen nur klein, und es waren eine Anzahl von stecknadelkopfgrofsen Papeln, welche an Lichen ruber erinnerten, vorhanden. Ein solches Aussehen ist aber bei Dermatitis exfoliativa nicht ungewöhnlich, wenn die Schuppen auf therapeutischem Wege entfernt worden sind, und der Prozefs sich zurückzubilden anfängt. Ich werde nachher auf diesen Punkt zurückkommen. Der zweite Fall dieser Gruppe, No. 20, ist gleichfalls unbestimmten Charakters, indem es fraglich erscheint, ob nicht derselbe mit gröfserem Recht in die Gruppe B als Dermatitis auf ekzematöser Basis hätte eingereiht werden sollen. Der Patient, ein 15jähriger Knabe, befand sich in schlechtem Ernährungszustand. Die Beine boten schlaffe Blasen dar, und in dieser Beziehung, aber auch nur in dieser Beziehung, erinnerte der Zustand an Pemphigus foliaceus. Die Allgemeinbeschaffenheit des Falles war jedoch dieser Auffassung entschieden entgegen, und eine rasche Heilung wurde auch mittels Eisen und Salben erzielt.

Den letzten Fall, No. 21, habe ich für sich allein gestellt. Ich diagnostiziere ihn als Pemphigus foliaceus, aber da einige Autoren denselben mit dem Namen Dermatitis exfoliativa bezeichnen würden, so habe ich ihn in der Tabelle kurz mit angeführt, wobei ich die Absicht habe, später die genaueren Details zu publizieren. Es ist dieses das einzige mal, dafs ich während der vielen Jahre meiner Leiterschaft der Hautabteilung Pemphigus foliaceus diagnostiziert habe. Wie bei fast allen den publizierten Fällen dieses Leidens betraf es auch diesmal eine Frau und endete letal. Nach eingehender Beobachtung der Krankheit bin ich geneigt zu glauben, dafs man einen Unterschied machen mufs zwischen Pemphigus foliaceus und Dermatitis exfoliativa. Die bedeutenden Schwierigkeiten dieser Frage aber werden sofort klar gelegt, wenn ich erwähne, dafs diese Patientin von vielen dermatologischen Spezialisten untersucht wurde, und obgleich, wie ich denke, Einstimmigkeit darüber herrschte, dafs hier ein Fall der Krankheit, welche als Pemphigus foliaceus beschrieben wird, vorliege, so wollten doch nur einige sich dazu entschliefsen, den Fall mit diesem Namen zu benennen, während andre die Diagnose auf Ekzema squamosum stellten.

Auf welchem Wege auch immer aber der Zustand der allgemeinen exfoliativen Dermatitis erreicht wird, so hat man, wenn derselbe völlig

Digitized by Google

ausgebildet ist, nur wenig oder gar keine Anhaltspunkte um die primären Fälle von den sekundären zu unterscheiden. Noch am zutreffendsten ist die Angabe, dafs die Fälle, welche sich aus Ekzema oder Psoriasis entwickeln, vielleicht etwas weniger Neigung bezeugen absolut allgemein zu werden, indem gewöhnlich ein kleiner Teil der Haut noch immer verschont bleibt. Immerhin ist, da dieses Verhalten gelegentlich auch bei zweifellos primär entstandenen Dermatitiden beobachtet wird, das Kriterium ein sehr trügerisches. Die Art der sekundär entstandenen Fälle verrät sich manchmal durch Sezernierung einer eiweifshaltigen Flüssigkeit von einem oder dem andern Teile, oder dadurch, dafs die Schuppenbildung auf der Streckseite der Extremitäten am reichlichsten vorhanden ist, doch können wiederum derartige Verhältnisse ganz gut bei primären Fällen ebenfalls vorkommen. Ferner habe ich nicht finden können, dafs die sekundären Fälle sich von den primären in bezug auf den Einfluſs der Therapie oder auf die Dauer des Leidens unterscheiden. Aus diesen Gründen werde ich auch die fernere Semiotik dieser Krankheit bei den verschiedenen Gruppen gemeinschaftlich besprechen.

Ausbreitungsgebiet der Krankheit: Absolut universell war das Leiden zehn mal, oder, wenn man den Pemphigus foliaceus mitrechnen will, elf mal. Unter den elf Primärkranken waren acht universell ergriffene; dazu kommt dann also noch der Pemphigus und drei von den sieben Fällen mit sekundärer Erkrankung. Bei zehn Fällen fehlte nur ganz wenig an einem Allgemeinergriffensein; von diesen waren drei primäre und sieben sekundäre Affektionen. Auch bei diesen Fällen war nur ein ganz geringes Hautgebiet verschont geblieben. So waren bei dem Primärfall No. 3 nur die Handteller und Fufssohlen allein intakt geblieben; bei Fall No. 4, einem rapid fortschreitenden Fall bei einer alten Frau, war die gesamte Oberfläche bis auf den ganzen Unterschenkel vom Knie abwärts einerseits und einen Teil des andern Beines ergriffen. Bei No. 11, welcher schliefslich letal endete, waren Brust und Abdomen zwar nicht gerötet und mit Schuppen bedeckt, aber immerhin nicht normal, indem sie starke Pigmentierung, offenbar eine Folge von vorheriger Hyperämie, aufwiesen.

Affektionen der Nägel und Haare: Von den Nägeln ist erwähnt, dafs sie acht mal, bei fünf primären und drei sekundären Fällen Abnormitäten darboten. Das Haar wird bei vier Kranken als affiziert geschildert, von diesen waren zwei Fälle primäre, zwei sekundäre. Ich glaube, dafs die Affektion der Nägel und Haare häufiger vorhanden war, als durch diese Zahlen angegeben ist, und dafs in einigen Fällen diese Thatsache nur nicht aufgezeichnet wurde.

Beschaffenheit des Hautleidens: Bei allen hier beschriebenen Fällen bestand Hyperämie, wenn auch deren Intensität bei den ver-

Digitized by Google

schiedenen Kranken erheblich schwankte. Dagegen hatte ich im Jahre 1876 Gelegenheit eine alte Frau mit Leberkrebs zu behandeln, deren Haut überall mit grofsen, losen Schuppen ohne irgend welche Rötung bedeckt war. Einen solchen Fall kann ich mich nicht entschliefsen als Dermatitis anzusprechen, weswegen derselbe auch nicht in meiner Liste mit aufgeführt ist.

Die Haut war trocken während der ganzen Krankheitsdauer bei 14 von den 21 Fällen; bei fünf trat eine gewisse Feuchtigkeit von der einen oder andern Beschaffenheit hervor; bei einem Primärfall, No. 8, entwickelten sich einige Bläschen, und bei einem andern Fall ist versäumt worden hierüber den Befund zu notieren. Von den fünf mit Feuchtigkeitsbildung einhergehenden Fällen war einer primär, zwei gehörten zur Gruppe B und zwei zur Gruppe D.

Abschuppung war bei neun Kranken sehr reichlich vorhanden; bei einigen derselben konnte man vor Beginn der Therapie Hände voll Schuppen aus den Betten sammeln. Wenn die Patienten vorher schon sich anderswo in Behandlung befunden hatten, so war naturgemäfs die Abschuppung eine weniger intensive. Bei zwei Fällen soll sie nur spärlich gewesen sein, und bei den übrigen ist über den Grad der Schuppenbildung keine Bemerkung verzeichnet.

Verdickung oder Infiltration der Haut: Wenn über irgend eine Frage von denen, die über diese Krankheit geschrieben haben, mehr abweichende Angaben gemacht worden sind als über eine andre, so ist es diese. Von vielen ist angegeben worden, dafs sich keine Verdickung oder Infiltration an der Haut herausbilde, und von Hebra u. a. ist das Fehlen der Verdickung als ein Kriterium zur Unterscheidung von andern akuten Dermatiten herangezogen worden. Devergie behauptete, dafs die Haut doch eine Infiltration erleide, was nachher von Hans Hebra u. a. durch mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde. Hautverdickung ist bei vier von meinen Primärfällen verzeichnet, ferner bei einem von der Gruppe B, bei den ekzematösen Fällen und bei einem von der Gruppe D. Obgleich diese Fälle keine sehr gewichtige Beweisgründe in dieser Frage gewähren, so glaube ich doch, dafs ein gewisser Grad der Hautverdickung in fast allen Fällen vorhanden ist. Wenn wir es hier mit einer Entzündung zu thun haben, so müssen wir den Tumor neben dem Rubor verlangen, und es unterscheidet sich hierdurch eine Dermatitis von einer einfachen Hauthyperämie. In einigen Fällen ohne nachweisbare Hautverdickung klagen die Patienten über ein Gefühl von Spannung und Zusammenziehung der Haut.

Pruritus soll nach Hebras Angaben bei Pityriasis rubra nicht vorkommen, während Devergie dessen Vorhandensein beobachtete; doch hielt dieser ein Gefühl von Brennen für charakteristischer. Jucken oder

Digitized by Google

Brennen ist bei 13 von meinen 21 Fällen angegeben, bei 7 ist keine Erwähnung dieses Symptoms gethan, und bei einem ist konstatiert worden, dafs es fehlte.

Ödem der Beine oder Füfse wurde bei zwei Kranken, No. 2 und 6, konstatiert; bei letzterem war dasselbe wahrscheinlich durch Gicht hervorgerufen. Bei No. 15 ersteckte sich das Ödem auch auf den Rücken.

Fieber wurde bei fünf von den unkomplizierten Fällen konstatiert und fehlte bei dreien. Bei einem fieberfreien Fall hatte das Leiden schon elf Monate bestanden, und es ist nicht ausgeschlossen, dafs zu einer früheren Periode Temperatursteigerungen stattgehabt haben. Ein weiterer Fall, No. 4, eine 84jährige Frau, entzog sich nach zwei Wochen der Beobachtung, und bei einem andern, No. 5, war der Anfall überhaupt nur gelinde. An zwei Kranken trat bei sonstigem Fehlen von Fieber dasselbe in Verbindung mit Furunkelbildung und Pusteln auf.

Albuminurie kam nur einmal vor und zwar auch in diesem Fall nur als zufällige Komplikation infolge von Terpentin, welches wegen Bronchitis eingenommen worden war.

Während des Krankheitverlaufs, und namentlich wenn die Haut abzuheilen anfängt, treten häufig Pusteln und Furunkeln hervor. Pusteln fanden sich in zwei Fällen, Furunkeln in einem, und beides kombiniert ebenfalls in einem Fall. Entzündete oder vereiterte Drüsen, hauptsächlich in der Achselhöhle und der Leiste, kamen vier mal vor.

Erkrankungen der inneren Organe: Störungen von seiten der inneren Organe waren in fünf Fällen vorhanden, und zwar waren jedes mal die Lungen affiziert. Bei No. 2 trat während des Besserwerdens der Hautaffektion Bronchitis hervor; die Entzündung setzte sich bis in die Bronchiolen und Lungenalveolen fort und führte zum Tode des Patienten. Desgleichen entwickelte sich auch bei No. 9 während der Behandlungszeit eine Bronchitis, die sich als sehr hartnäckig und intensiv erwies. Bei No. 18 der Gruppe C litt Patient an chronischer Bronchitis und bot während seines Hospitalaufenthalts Symptome einer mäfsigen Bronchopneumonie dar. No. 15 war ein emphysematöses Individuum, doch ohne Bronchitis. Fall No. 21 (Pemphigus foliaceus) erkrankte an chronischer Perikarditis und Pleuritis und starb schliefslich an Pneumonie.

Es können verschiedene Gründe angeführt werden zur Erklärung der Disposition zu Lungenerkrankungen bei diffusem Hautleiden. Man nimmt an, dafs die Haut eine gewisse respiratorische Funktion ausübt, wenn schon beim Menschen dieselbe wahrscheinlich nur geringfügig ist. Dagegen scheint eine engere physiologische Verwandtschaft zwischen Haut und Lungen zu bestehen, was daraus hervorgeht, dafs, wenn die Haut

Digitized by Google

Erkältungseinflüssen ausgesetzt wird, eine entzündliche Affektion der Lunge ganz besonders leicht die Folge davon ist. Es ist möglich, dafs durch den Verlust der schützenden Eigenschaft der Haut und somit der Wärmeregulierung hierzu beigetragen wird, und ebenso ist es möglich, dafs feuchte Umhüllungen durch weitere Störung der nichtleitenden Eigenschaften der Haut dasselbe Resultat herbeiführen können.

Ausgang: Drei Fälle nahmen den Exitus letalis. Bei Fall 2 war dies, wie schon erwähnt, die Folge von Broncho-Pneumonie. Ferner starb Fall 11, wahrscheinlich infolge allmählicher Erschöpfung, jedoch konnte Genaueres über die Art des Todes nicht in Erfahrung gebracht werden, da derselbe erst einige Jahre, nachdem der Kranke das Hospital verlassen hatte, eintrat. No. 21 war der Pemphigus foliaceus-Fall. Hochgradige Allgemeinsymptome, welche das Nervensystem, das Herz, die Lungen befielen, hatten längere Zeit bestanden und der tödliche Ausgang wurde schliefslich durch Pneumonie herbeigeführt.

Von den übrigen Fällen ist bei sechs Heilung verzeichnet. Zwei derselben waren primären Ursprungs, zwei gingen von Ekzemen aus, einer von Psoriasis und einer war von unbestimmtem Typus.

Von den primären Fällen ist No. 1 noch Jahre hindurch von mir im Auge behalten worden, und ich weifs bestimmt, dafs ein Recidiv nicht stattgefunden hat. Desgleichen ist No. 9 als geheilt verzeichnet worden. Die Affektion hatte 30 Jahre lang bestanden, und nach $3^1/_2$ monatlicher Behandlung erachtete ich dieselbe als geheilt; wenigstens konnte Patientin einige Zeit sich ohne Beschwerden bewegen, ihre Kleider tragen und alle lokale Behandlung entbehren. Es war jedoch nicht möglich, das weitere Schicksal der Patientin zu erfahren, man kann also nicht wissen, ob nicht ein Recidiv eintrat. Bei den andern Kranken wurde eine so erhebliche Besserung erzielt, dafs man bei vielen derselben eigentlich mit vollem Recht von Heilung sprechen konnte, mit Ausnahme von drei Kranken, welche die Behandlung nicht durchführen konnten.

Ich möchte hier einige Bemerkungen einschieben über das Aussehen der Haut während der Involution oder nach der therapeutischen Entfernung der Schuppen. Unter diesen Umständen bietet die Haut gewöhnlich ein trockenes, rotes, glänzendes Aussehen dar, wobei sich oftmals auch eine Anzahl kleiner, roter, glänzender, glatter Papeln mit abgeflachten Spitzen vorfinden. Ich halte diese Papeln für Hautpapillen, welche, wie Dr. Radcliffe Crocker nachgewiesen hat, eine Vergröfserung in transversaler Richtung erlitten haben. Die verhornte Schicht ist abgelöst, und das Rete ist so dünn geworden, dafs die hyperämischen Papillen deutlich zu sehen sind. Wenn schon ein geübter Dermatologe durch diese Erscheinungen nicht irre geführt werden würde, so könnten sie einem unerfahreneren Beobachter einige Schwierigkeiten verursachen.

Digitized by Google

Ein solcher Fall könnte die Meinung erwecken, dafs ein diffus gewordener Anfall von Lichen ruber, wie solche von HEBRA u. a. beschrieben worden sind, vorliege.

Diagnose: Thatsächlich existiert, glaube ich, keine wirkliche Schwierigkeit in dieser Beziehung, wenn man sich dahin einigt, alle solche Fälle als Dermatitis exfoliativa zu bezeichnen, bei denen allgemeine Hyperämie und Desquamation mit längerem Bestande vorkommen. Jedoch mufs auch die Frage berücksichtigt werden, ob man recht thut, diesen Namen nur für die extremen Fälle zu reservieren. Es sind Fälle beschrieben worden, bei denen ausgesprochene Hyperämie und Abschuppung auf bestimmte gröfsere Hautgebiete beschränkt bestanden, ohne glutinöse Sekretion, wie solche bei Ekzem vorkommt, und ohne Aufhäufung von Schuppen auf der verdickten Haut, wie solche bei Psoriasis charakteristisch ist. Die einzige Schwierigkeit, der wir begegnen, ist die Entscheidung, wo wir aufhören sollen die Fälle als Ekzem oder Psoriasis zu bezeichnen, und wo der Name Dermatitis exfoliativa anfängt, gerechtfertigt zu sein. Hierbei läfst sich irgend eine willkürliche Grenze unmöglich ziehen, und es mufs die Entscheidung der jeweiligen persönlichen Auffassung überlassen bleiben.

Therapie: Wir müssen eingestehen, dafs kein Behandlungsmodus eminent erfolgreich ist, und dafs dieselbe Therapie, welche bei einigen Fällen Erfolg gewährt, bei andern fehl schlägt. Ich glaube nicht, dafs die Wirkung der Medikation wesentlich von dem Umstand, ob die Affektion primär oder sekundär entstanden ist, abhängt. Ebenso wenig scheinen die Intensität der Hyperämie oder die Chronizität der Krankheit irgend einen sehr deutlichen Einfluſs auf die Aussichten auf schleunige Besserung auszuüben. Im allgemeinen kann man annehmen, dafs ein rapid verlaufender, frischer Fall mit gröfserer Wahrscheinlichkeit schnell zur Heilung gelangen wird als ein chronischer, doch kommen auch manche höchst chronische Fälle vor, welche dennoch rasch abheilen, so z. B. No. 9, bei dem die Affektion 30 Jahre lang bestanden hatte, und welcher in $3^1/_2$ Monaten als im wesentlichen völlig kuriert zu erachten war. Die Prinzipien der Therapie sind leicht zu schildern. Unsere Aufgabe besteht darin die Hyperämie herabzusetzen, der teilweise exkoriierten Cutis eine schützende Decke zu verschaffen und die Funktion ihres sekretorischen Apparates anzuregen. Bäder, alkalinische sowohl als namentlich schleimhaltige, leisten sehr gute Dienste zur Entfernung der Schuppen, Linderung der Haut und zur Anregung der Schweifssekretion. Indessen, unentbehrlich sind sie nicht. Als lokale Applikation habe ich das Bleiglycerol am nützlichsten gefunden. Ich wende dasselbe gewöhnlich in der folgenden Konzentration an: Bleiglycerol und Glycerin ā 28,3, Wasser 567,9 g.

Digitized by Google

Mit dieser Lösung werden Lintbinden angefeuchtet, und mit denselben wird dann der Kranke vom Kopf bis zu den Füfsen eingewickelt. Kopfhaut und Gesicht werden noch mit einer Maske von Lint bedeckt. So eingehüllt soll der Patient zwischen wollenen Decken und auf einer Sprungfedermatratze oder einem Wasserkissen liegen. Das Blei hat eine sedative und adstringierende Wirkung, während das Glycerin die Körperoberfläche feucht erhält, in die Epidermis einzieht und das Aufspringen der Hornschicht verhindert. In einigen Fällen läfst sich mit Nutzen eine stärkere Lösung anwenden, doch wenn dieselbe allzu konzentriert ist, so verursacht sie Brennen und Jucken. Diese Lösung wende ich an, bis die Schuppen völlig entfernt sind und die Hyperämie beinahe oder gänzlich verschwunden ist. Alsdann lasse ich dem Patienten Vaseline oder irgend eine einfache, fettige Einreibung, z. B. Ungt. cetacei, über den ganzen Körper applizieren. Oftmals macht ein Recidiv ein Zurückgreifen auf die Bleilösung notwendig. Mit Bezug auf interne Medikation kann ich nicht sehr rühmend sprechen. Bei der Mehrzahl der Fälle habe ich zwar Arsenik gegeben, aber bei der so ausgedehnten Dauer der Krankheit ist es schwer, die Wirkung des Mittels zu taxieren, zumal dasselbe niemals ohne gleichzeitige Anwendung der lokalen Therapie verordnet wurde. Einige Kranke haben Arsenik in grofsen Dosen mit Ausdauer genommen, viele auch in Gestalt von natürlichen arsenikhaltigen Wässern, doch ohne eigentlichen Nutzen. Chinin und andre Tonica waren zur Verbesserung des Allgemeinzustands von Nutzen. Bei einem mit Gicht komplizierten Fall wurde durch die Anwendung von Colchicum und Magnesiasulphat ein bedeutender Nutzen erzielt. Subkutane Injektionen von Pilokarpin erwiesen sich ebenfalls in einem Fall als sehr wertvoll. Nach dieser Zusammenstellung der von mir behandelten Fälle werde ich geneigt sein, in Zukunft die folgende Behandlungsweise einzuschlagen. Lokal wird die schon beschriebene Bleilösung angewendet und als interne Medikation eine diaphoretische Mixtur mit Chinin oder bei gleichzeitiger Darreichung des letzteren in Pillenform gegeben; daneben werden täglich subkutane Injektionen von Pilokarpin gegeben und deren Wirkung mittels heifser Luftbäder verstärkt.

Leider mufs ich zum Schlusse eingestehen, dafs ich durchaus nicht imstande bin, irgend welche Aufklärung über die Natur dieser Krankheit zu geben. Ich wüfste keinen Grund dafür anzuführen, wie so es kommt, dafs Leute, welche vorher nie eine Hautkrankheit gehabt oder irgend welche Symptome einer ernsteren Gesundheitsstörung dargeboten haben, eine so universelle Affektion der ganzen Cutis acquirieren; auch erscheint es dunkel, durch welche Ursachen ein Ausschlag, der bisher als zirkumskript lokalisierte Affektion bestanden hat, nachher sich diffus ausbreitet. Nur bei zwei Fällen konnte von wirklichen Symptomen einer Mit-

Digitized by Google

beteiligung des Nervensystems die Rede sein. Bei No. 11 deuteten einige Erscheinungen sehr nachdrücklich auf eine Störung seitens der Nervencentra oder der peripherischen Nerven, und No. 21, der Pemphigus foliaceus, wies bestimmte Anzeichen einer Nervenläsion auf, nur konnte nicht festgestellt werden, ob dieselben als Ursache oder als Folgezustand aufzufassen seien, und eine Nekropsie wurde nicht ausgeführt. Bei No. 9 hatte offenbar ein schwerer Druck auf das Nervensystem des Kranken eingewirkt, aber diese positiven Beispiele sind nur wenige im Vergleich zu den vielen, bei denen keine Andeutungen eines primären Ergriffenseins des Nervensystems vorhanden waren.

Fall No. 11 füge ich mit seinen Details noch bei, da derselbe von bedeutendem Interesse und Wichtigkeit ist.

Fall 11. — Dermatitis exfoliativa mit einem der Pityriasis rubra Hebrae ähnlichen Verlauf. Letaler Ausgang. Keine Nekropsie.

Maria Burrows, 47 Jahre alt, Schneiderin, ledig, wurde von mir im Juni 187[illegible] zuerst gesehen. Von allen Verwandten hatte nur eine Tante mütterlicherseits nach gewiesenermafsen an irgend einer Hautkrankheit gelitten. Der Beschreibung na scheint sie an einer milden Form von Psoriasis erkrankt gewesen zu sein.

Seit ihrem 18. Lebensjahre hatte Patientin mit intensiver Dysmenorrhöe thun. Vor ungefähr 10 oder 11 Jahren trat eine erhebliche Verschlimmerung die Störung ein, und sie hatte damals auch ihrer Bezeichnung nach „Abscesse der Gebä mutter." Fünf oder sechs Jahre lang konnte sie das Bett oder wenigstens das Ha nicht verlassen. Fünf bis sechs Monate lang mufste sie subkutane Morphiumei spritzungen haben, an manchen Tagen sogar zwei.

Zwei Jahre vor der Aufnahme in die Klinik bemerkte sie eine Taubheit d sämtlichen Fingerspitzen bis ans zweite Gelenk. Dieselben waren oft eigentümlich wei besonders des Morgens, und die Knöchel waren dann angeschwollen. Nachdem dies Zustand einige Monate lang angehalten hatte, „wurden die Finger steif, kontrakturie und rauh, wie das bei „gesprungenen Händen" der Fall zu sein pflegt." Die Ha wurde immer rauher, doch ohne dafs diese Rauhigkeit sich über die Finger hina erstreckte, bis vor zwei Monaten ein Weiterschreiten stattfand, und die ganzen Hän befallen wurden. Gleichzeitig mit der Schuppenbildung an den Händen wurden Ellbogen auch schuppig und rot, und während des verflossenen Monats fingen Fufssohlen an rissig, gespalten, schuppig und schmerzhaft zu werden. Die befallen Teile brannten und zangelten, wie sie angab, und an den Fingern hatte sie ein G fühl, „gerade als ob Nadelspitzen darunter wären." Sie sagte, dafs gegen Abe diese Empfindungen schlimmer zu werden pflegten, und manchmal konnte sie nac wegen des Brennens und Zangelns an diesen Teilen nicht schlafen. Sie war s zwei Jahren nicht menstruiert gewesen und brachte den Ausschlag mit dem Ausbleib der Menses in Zusammenhang.

Die Kranke ist von mittlerer Gröfse, hat dunkelbraunes Haar, graue Aug und einen ziemlich dunklen Teint. Ihr Gesicht ist erythematös gerötet, fleckig u gedunsen.

Beide Hände sind rot, fühlen sich heifs an, nicht geschwollen und sind kleinen oder mittelgrofsen Schuppen bedeckt. Dieser Zustand erstreckt sich auf Handgelenke an der Dorsal- und Palmarseite. Die Finger und Hände sind steif u kontrakt, so dafs sie nicht imstande ist, sie zu schliefsen. Die Röte kann man du

Digitized by Google

No. des Falles.	Name und Beschäftigung.	Jahrgang.	Geschlecht.	Alter.	Ei	Krankheiten der innern Organe.	Therapie.	Dauer und Erfolg der Behandlung.	Bemerkungen.
1	Jos. Bish, Tierarst.	1880	M	42	Vat rh Bru lenk Hyd P Mu Bru sch	Keine.	Bäder und verschiedenelokale Applikationen. Das Bleiglycerol leistete am meisten. Arsenik intern.	Heilung in acht Monaten.	Wurde noch einige Jahre beobachtet. Kein Recidiv, jedoch gelegentlich Prurigo.
2	Frederik Katternse, Hafenarbeiter.	1888	M	59	Schi mati Te ein schi	Als die Haut abheilte, trat Bronchitis auf. Dieselbe bildete sich zu kapitärer Bronchitis und Broncho-	Liq. arsenical. gutt. X. Das Bleiglycerol erwies sich als sehr nützlich.	Tod am 37ten Tage der Behandlung.	Hochgradige Emaceration u. Zustand intensiver Erschöpfung und Nervosität bei der Aufnahme. Furunkel und ein aus einem
9	Sarah Pepson, Verheiratet.	1883	W	62	Ni	Intensive Bronchitis entwickelte sich während der Behandlung.	Bleiglycerol u. nachfolgende Vaseline-Behandlung.	Geheilt 3½ Monate.	
10	George Watts, Arbeiter.	1889	M	36	Ni	Keine.	Bleiglycerol, Bäder u. Salben. Intern Arsenik. Keine Besserung vor der Anwendung von Diaphoretica (Heifsluftbäder u. Pilokarpin).	Grofse Besserung 6 Monate.	
11	Maria Burrows, ledig. Schneiderin	1879	W	47	Tant k	Keine Störung seitens der Brust- oder Bauchorgane. Neuralgische Schmerzen an d. Extremitäten. Taubheitsgefühl (nicht Anästhesie), Herpes-Bläschen im Verlauf der Hautnerven.	Alle Arten lokaler Behandlung nebst Bädern. Arsenik in den verschiedensten Formen, auch als Court St. Etienne-Wasser.	Tod einige Jahre nachher. War ungefähr 3 Jahre in Hospitalsbehandlung gewesen.	Affektion hielt bis zum Tode an. Bei vielen Besuchen nach Verlassen des Hospitals keine wesentliche Änderung konstatiert. Keine Autopsie.

Digitized by Google

No. des Falles	Fieber.	Albuminurie.	Krankheiten der innern Organe.	Therapie.	Dauer und und Erfolg der Behandlung.	Bemerkungen.
1	Fehlte.	Fehlte.	Keine.	Bleiglycerol. Arsenik. (gtt. V)	Bedeutende Besserung. 26 Tage.	Rückfall. Eine grofse Menge Flüssigkeit ergofs sich von den Beinen. (Schweifs?)
1	Fehlte.	Fehlte.	Keine.	Bleiglycerol. Kein Arsenik.	Bedeutende Besserung. 2½ Monate.	Haut noch immer hyperämisch aber ohne Schuppen bei der Entlassung.
1	in paar mal 9. Gewöhnlich normal.	Fehlte.	Keine.	Bleiglycerol. Blei- u. Quecksilber- u. Zinkoleatsalben. Stärkebäder.	Beinahe geheilt. 6 Monate.	Recidiv, als die Affektion anscheinend geheilt war. Hgeinreibungen. Salivation.
1	n 1. Tag. 37° 9, itdem normal.	Fehlte.	Emphysem.	Behandlung im Journal nicht notiert.	Heilung. 7 Tage.	Korpulenter, vollblütiger Mann.
1	icht notiert.	Keine.	Keine.	Bleiglycerol und Unguent. Cetacei. Chinin.	Im wesentlichen geheilt. 2—3 Monate.	Noch länger als ein Jahr in Beobachtung geblieben. Hatte späterhin Ekzema sycosiforme und danach auch eine Affektion wie Lichen ruber.

Digitized by Google

Druck verschwinden machen, doch behält die Haut dabei eine gelbliche Färbung. Vom Handgelenk aufwärts ist die Haut auf der Ulnarseite des Vorderarms gerötet und squamös, und eine unbedeutende rote Schuppenbildung erstreckt sich auch auf die Radialseite. Der linke Vorderarm ist etwas stärker affiziert als der rechte. An beiden Ellbogen ist die Haut gerötet, verdickt und schuppenbedeckt, und die Beugeseite derselben ist ebenfalls gerötet und mit kleienartigen Schuppen bedeckt. Die Oberarme sind weniger rot und nur mit geringen Mengen von Schuppen bedeckt. Rechtes Bein: die Haut am Knie ist gerötet, schuppig und verdickt. Vom Knie abwärts ist auf dem gröfsten Teil der Vorderfläche der Tibia und in gröfserer Intensität über der Spanne in schräger Richtung von der Aufsen- nach der Innenseite bis an die Basis der grofsen Zehe die Haut verdickt (wie an der zwar geringfügigen Dellenbildung zu erkennen), rot und mit kleinen Schuppen bedeckt. Auf der Wade, der Aufsenfläche des Unterschenkels und dem Malleolus externus finden sich unregelmäfsige Flecke in der Haut, die rot und schuppig sind. Die Epidermisblätter sind sehr grofs; über dem Fufsrücken fast 1 Quadratzoll in Ausdehnung. Der linke Unterschenkel befindet sich in genau demselben Zustand, nur dafs die Flecke auf der Wade und dem Malleolus fehlen. Die Fufssohlen sind genau symmetrisch affiziert. An den Teilen, auf welchen das Gewicht des Körpers ruht, ist die Epidermis erheblich verdickt und rauh, von matter gelber Farbe, trocken und rissig. Die Kniekehlen beiderseits sind nicht affiziert. Die Oberschenkel und das Gesäfs sind ein wenig gerötet und mit dünner Schuppenbildung bedeckt. Die Kopfhaut ist gerötet und grindig. Die Augenlider, Nase und Hals sind gerötet und ein wenig schuppig. Die Nägel an Händen und Füfsen sind etwas duff und uneben.

Nirgends findet sich die geringste Sekretion von irgend einem Teile der Oberfläche. Die Haut des Rumpfes und des Abdomens ist tief pigmentiert, aber glatt.

Die Patientin ist in dürftigem Ernährungszustand. Keine Erkrankung der inneren Organe nachzuweisen. Urin 1007; Harnstoff 1,2 %. Kein Zucker oder Eiweifs. Verschiedene Behandlungssysteme wurden versucht. Als lokale Applikationen kamen Teerlösungen, Kleienbäder mit nachfolgender Durchtränkung mit Olivenöl und Einschlagen der Teile mit Wachstaffet (Oil silk). Letzteres schien den meisten Nutzen zu gewähren. Arsenik wurde intern dargereicht, aber die Kranke konnte es nur schlecht vertragen, so dafs man mehrmals damit aussetzen mufste. Die Kranke verliefs auf eigenen Wunsch das Hospital am 17. November 1879. Um diese Zeit war die Haut zwar gröfstenteils frei von Schuppen, aber rot, glänzend und fest. An den Teilen, welche nicht mit Wachstaffet umwickelt worden waren, fanden sich noch Schuppen.

Am 4. März 1880 wurde Patientin wieder aufgenommen und verblieb bis zum 8. Oktober 1881 in Hospitalsbehandlung. Sie war in der Zeit ihres Entferntseins allmählich wieder schlimmer geworden. Bei der Wiederaufnahme war das Krankheitsgebiet ungefähr das nämliche, und die Vorderarme und Hände, Unterschenkel und Füfse waren am intensivsten befallen. Die Nägel waren jetzt dunkler, rauher und dicker; an den Füfsen boten sie mehr die Beschaffenheit von Krallen als von menschlichen Nägeln dar. Thorax und Abdomen waren wie früher pigmentiert, aber zwischen der gebräunten Hautstrecke fanden sich auch weifse Zwischenräume oder Flecke zerstreut. Die Kranke klagte über heftiges Brennen an der Haut, besonders an den Stellen, an denen die Affektion am ausgesprochensten war. Sie sagte, das Brennen höre niemals auf, doch sei es bei Tage schlimmer als in der Nacht.

Anfangs April, während sie Arsenik nahm, entwickelte sich ein Ausschlag von Herpes-Bläschen, der sich mit einiger Unregelmäfsigkeit an den Verlauf des Nervus cutaneus internus und des N. saphenus int. der linken unteren Extremität anschlofs,

Digitized by Google

sowie an den Nerv. sacral. posterior rechterseits. Der damit verknüpfte Schmerz hielt einige Tage noch nach dem Verschwinden des Ausschlags an. Das Brennen an der Haut der Arme und andrer Teile liefs sie nachts nicht schlafen.

Im Mai klagte die Patientin über ein Gefühl von Taubsein auf der Innenseite des linken Knies und neuralgische Schmerzen am linken Bein. Bei der Untersuchung wurde keine Anästhesie konstatiert.

20. August. Intensive neuralgische Kopfschmerzen.

Oktober. Lanzinierende Schmerzen an den Beinen, als ob die ganzen Glieder pulsierten. Ein kleines Geschwür kam bei einer oder zwei Gelegenheiten auf der Innenfläche des linken Beins zum Vorschein.

November. Häufige Attacken intensiver, neuralgischer Schmerzen im Kopfe, manchmal über der linken Augenbraue, manchmal in der linken Schläfe. Viel Brennen in der Haut an den Stellen, wo der Ausschlag am deutlichsten markiert ist, z. B. an Armen und Beinen; an den Füfsen ein Gefühl, als ob sie auf heifsen Tellern ständen. Daneben Schmerzen an den Gelenken des Fufses.

Dezember 1880 bis Januar 1881. Andauernd neuralgische Schmerzen im Kopfe, Brennen an den erkrankten Teilen der Haut. Der Ausschlag hat sich trotz der Behandlung sehr wenig verändert, nur dafs die Schuppenbildung durch die feuchten oder fettigen Umschläge eingeschränkt worden ist. Beim Aussetzen derselben stellt sich die Entwickelung von Schuppen wieder ein.

Februar 1881. Sehr heftige, neuralgische Beschwerden im Kopf und Gesicht.

März. Fieberhafte Angina.

April bis Mai. Fortgesetzt Neuralgie. Einige Blasen an den Beinen, welche platzen und oberflächliche Geschwüre hinterlassen. Allgemeines Brennen an der Haut noch vorhanden.

Juni bis September. Anhaltend Neuralgie und Brennen an der Haut. Haut im wesentlichen im selben Zustand wie zuvor.

4. Oktober 1881. In letzter Zeit hat die Kranke weniger zu klagen gehabt und erklärt, dafs die Haut sich gebessert habe. Gegenwärtig besteht folgender Status: Die Kopfhaut, welche seit einiger Zeit nicht behandelt wurde, ist mit trockenen Schuppen bedeckt. Die Gesichtshaut bietet ein normales Aussehen dar und fühlt sich auch normal an, nur sind an den Augenwinkeln einige wenige, kleine Schuppen vorhanden. Die Ohren sind in geringem Grade gerötet und schuppig. Am Halse und auf dem oberen Teil des Thorax ist die Haut trocken, rötlich und mit kleiigen Schuppen bedeckt. Stellenweise bietet die Haut ein schmutziges Aussehen dar trotz täglichem Waschen mit Wasser und Seife. Die Rückenhaut ist ziemlich dunkel gefärbt, aber frei von Schuppen. Die Bauchhaut ist von der oben beschriebenen Beschaffenheit, sie ist gebräunt mit weifsen Flecken. Die Schultern sind mit einer feinen, kleiigen Schuppenbildung bedeckt. Am oberen Teil der Arme ist die Haut von etwas dunklerer Färbung, aber schuppenfrei. Von der Mitte der Arme bis zu den Fingerspitzen ist die Haut rot, kleiig und verdickt. Auch liegen ihr einige dünne, blätterige Schuppen auf. Diese Teile sind mit dem Bleiacetatglycerol feucht gehalten worden. Die Finger sehen wie geschrumpft aus, und die Haut derselben fühlt sich gespannt an, so dafs Patientin aus diesem Grunde nicht imstande ist, die Hand vollständig zu schliefsen. Die Fingernägel sind unregelmäfsig, rauh und lamelliert. Dieselbe Beschreibung pafst auf die beiden Arme auch. Auf den Nates und Oberschenkeln ist die Haut rot und mit feinen, dünnen, kleinen Schuppen bedeckt — an diesen Stellen sind keine Umschläge jetzt gemacht worden. Vom unteren Drittel des Oberschenkels abwärts ist die Haut rot, die Epidermis infiltriert und durch das Glycerol gedunsen. Auf dem Unterschenkel bildet die Haut

Digitized by Google

abgeflachte Platten, welche einigermafsen einer Krokodilhaut in kleinerem Mafsstabe ähnelten. Die Fufssohlen sind mit dicken gequollenen Schuppen bedeckt, und die Nägel sind ein wenig rauh und verdickt. Beide Beine zeigen dieselbe Beschaffenheit. Die Kranke hat seit einigen Wochen das Court St. Etienne Arsenik-Wasser getrunken.

Patientin blieb im Hospital vom 4. März 1880 bis zum 8. Oktober 1881. Sie nahm leidlich reichlich Nahrung zu sich, obgleich mit wechselndem Appetit. Ihr Gewicht betrug bei der Aufnahme 107 Pfund, bei der Entlassung 119 Pfund, also eine Zunahme von 12 Pfund. Während ihres ersten Aufenthalts bestand Fieber in mäfsigem Grade während einer kurzen Zeit. Die Temperatur erreichte damals 39,0° C. und hielt sich während einer Woche auf 38,5°. Während des zweiten Aufenthaltes hielt sich die Temperatur durchweg zwischen 37,0° und 37,8°, nur einmal erreichte sie 38,3°. Während des Anginaanfalls stieg das Fieber auf 40,0°. Die Urinmenge wurde täglich während beider Zeiträume bestimmt. Sie betrug in 24 Stunden zwischen 840 und 1400 g mit einem spezifischen Gewicht von 1010 bis 1020, saurer Reaktion, Bernsteinfarbe. Albumen oder Zucker wurde niemals darin nachgewiesen. Harnstoff ungefähr 1 %.

Patientin stellte sich von Zeit zu Zeit während der nächsten 1—2 Jahre in der Klinik für Hautleiden vor, wurde dann bettlägerig und starb 2 oder 3 Jahre nachher. Das Hautleiden hatte bis zuletzt fortbestanden.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Therapie.

Beobachtungen über das Ichthyol nach dreijähriger Anwendung, von Dr. von Hoffmann und Dr. Lange in Baden-Baden. (*Therap. Monatsh.* No. 5.) Alle die bis jetzt bekannten Erfahrungen über das Ichthyol können Verff. nur bestätigen; innerlich hat es ihnen die besten Wirkungen überall da gezeigt, wo es sich um Ructus, Flatus (stinkende und geruchlose), um Tympanitis handelte. Sehr günstig wirkte es ferner in den Fällen von Skrofulose, die besonders im Gebirge vorkommt und von der schlechten Ernährung herrührt. Äufserlich angewandt, ist es ein ausgezeichnetes Blutstillungsmittel und gibt in der Plastik im Gesicht, bei sorgfältigen Nähten der Hand- und Fingerverletzungen wundervolle Narben. Es ist ein souveränes Mittel bei Verbrennungen, selbst zweiten Grades. Bei Entzündungen der Gelenke, ob traumatisch oder rheumatisch, haben die Verf. günstige Erfolge erzielt. Von den Hautkrankheiten machen sie vor allem auf die Hitze-Erytheme fleifsiger Hausfrauen und Feuerarbeiter, auf die Rosacea-Patienten und jene roten Nasen mit Schmetterlingsflügeln links und rechts auf den Wangen aufmerksam. *L. Hoffmann-Berlin.*

Pharmakologisches.

Über dithiosalicylsaures Natron II, von Dr. Lindenborn. (*Berl. klin. Wochenschrift.* No. 25.) Das dithiosalicylsaure Natron II ist ein grauweifses Pulver, sehr

Digitized by Google

hygroskopisch und leicht ohne Rückstand in Wasser löslich. Aus einer sauren Lösung des Harzes setzt sich in gelben, harzigen Tropfen die Säure ab, die in Wasser fast unlöslich ist. Die wässerige Lösung des Salzes gibt mit Eisenchlorid schwache Violettfärbung. Nach den Untersuchungen von Hüppe wirkt eine 20%ige Lösung des Salzes nach, in minimo, 45 Minuten tötend auf Milzbrandsporen; Natronsalicylat übt bei gleichen Versuchsbedingungen keine nachweisbare Wirkung aus. Ebenso wiesen Versuche mit Cholera- und Typhusbakterien, mit den Bakterien des blauen Eiters und Staphylococcus aureus ein entschiedenes Übergewicht der Dithiosalicylate nach. Unter andern Fällen hat es der Verf. bei Gonitis gonorrhoica mit günstigem Erfolge, und zwar morgens 0,2, abends 2mal je 0,2, angewandt.

L. Hoffmann-Berlin.

Zirkulationsstörungen.

Akutes zirkumskriptes Ödem, von Dr. Napier. (*Glasgow Med. Journ.* April 1889.) Die Krankengeschichte betrifft einen kräftig aussehenden, 24jährigen Mann, der seit ca. 5 Monaten an verschiedenen Teilen des Körpers (Gesicht, Extremitäten, Thorax, Penis, Zunge, Rachen) meistens nach vorherigem Jucken und Hitzegefühl plötzlich auftretende Ödeme von etwa 2—4 Zoll Ausdehnung beobachtet hat. Die Stellen sind ein paar Zoll breit, gespannt, glänzend, heifs und brennend, jedoch bleibt nach 6—8 Stunden keine Spur der Abnormität zurück. Die Ätiologie erscheint dunkel. Pat. hatte in früheren Jahren stark masturbiert, anscheinend ohne irgend welchen Nachteil auf die Gesundheit; vor ca. einem Jahr geriet er infolge der Lektüre von pseudo-wissenschaftlichen Schriften über diesen Gegenstand in eine hochgradige psychische Depression. Ähnliches plötzliches Anschwellen an Gesicht und Händen hat N. bei Eisenarbeitern beim plötzlichen Wechsel aus grofser Hitze in kalte Luft beobachtet.

Philippi-Felsberg.

Zur Behandlung des chronischen Beingeschwürs, von Dr. A. S. Coe in Oswego N. Y. (*New York Med. Journ.* 9. Febr. 1889.) Verf. empfiehlt auf Grund ausgedehnter Erfahrung, namentlich auch bei zwei ganz besonders ungünstigen Fällen, die von Dr. Parker angegebene Methode. Dieselbe besteht darin, den erkrankten Unterschenkel nebst Geschwür mit frisch bereiteten Diachylongazestreifen dachziegelförmig sich deckend zu umgeben. Auf das Ulcus selbst kommt ein Streupulver von Jodoform und Walkerthon, und die Salbenstreifen werden noch mit einer Mullbinde, die bis ans Knie reicht, umwickelt. — Die weichen Salbenstreifen bilden eine äufserst angenehme Umhüllung, und gleich von vornherein ist eine Linderung der Beschwerden zu konstatieren; das infiltrierte Gewebe nimmt bald ein normales Aussehen an, und die Heilung schreitet rasch vor sich. Der Verband mufs anfangs täglich, später alle paar Tage erneuert werden.

Philippi-Felsberg.

Digitized by Google

Spezifische Entzündungen.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Nach Gutteling (*Tijdschr. v. Geneesk.*) äufsert **Jodkalium** einen günstigen Einfluſs auf frische Fälle von **Psoriasis**. Es wurden in der syphil. Klinik in Amsterdam von 22 Fällen 5 vollständig geheilt, bei 5 mufste wegen heftiger Joderscheinungen die Behandlung unterbrochen werden, die übrigen wurden bedeutend gebessert. Durchschnittsverbrauch 10—20 g pro die, höchste Tagesdosis 57 g; gröfste Gesamtmenge des verbrauchten Jodkaliums bei einem Kranken 3684 g.

Eckert-Nürnberg.

Trichophytiasis dermica, von R. Campana. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* 1889.) Eine an allgemeiner Trichophytie leidende Frau hatte aufser einer Onychogryphosis sämtlicher Zehen noch einen hühnereigrofsen Tumor, in dem man ebenso wie in den befallenen Nägeln Mycelien und Gonidien des Trichophyton nachweisen konnte. Stücke vom Tumor wurden zu Impfzwecken verwendet und im Brutschrank bei Körpertemperatur gehalten. 2 Kulturen gingen auf und zwar je eine in alkalischem Zuckerwasser und Pflaumengelatine. Die Kultur bildete anfangs einen leichten thauähnlichen Überzug, später 1 mm hohe weifse Fäden. Übertragungen auf Hühner fielen negativ aus. Die Kultur wurde in toto gehärtet, geschnitten und untersucht. In der Peripherie und im Zentrum des Tumorstückes waren Mycelien und Sporen in spärlicher Menge nachweisbar.

C. folgert, dafs der Tumor, der viel Ähnlichkeit mit einem Sarkome oder Endotheliome darbot, verursacht ist durch das in die Tiefe wachsende Trichophyton; er stützt seine Behauptung auf die im Tumor vorgefundenen Gonidien und auf die analogen Veränderungen der Nägel.

P. Taenzer-Leipzig.

Über Pemphigus malignus mit Schilderung eines einschlägigen Falles[1], von A. Ravogli (Cincinnati). (*Cincinnati Lancet-Clinic.* 27. April 1889.) Verf. erwähnt die Litteratur dieser Affektion mit besonderer Betonung der Seltenheit der Krankheit, namentlich in Amerika, ferner der früheren, jetzt aufgegebenen Anschauung, nach der dieselbe zu den akuten exanthematischen Infektionskrankheiten gezählt wurde.

Der Fall betraf eine 60jährige Dame, die sonst im wesentlichen völlig gesund gewesen war und die zuerst am 13. Januar h. a. wegen unbestimmter Allgemeinsymptome und nervöser Aufregung ihren Hausarzt um Rat befragte. Bald gesellten sich Leibschmerzen und Diarrhöe dazu (Entero-colitis) und 14 Tage später ein unerträgliches Jucken am ganzen Körper, wobei sich auf der Brust eine von Bläschen umgebene Exkoriation entwickelte. Erst nach weiteren 3 Wochen traten auf dem Halse und den Extremitäten weitere Blasen auf. 28. Februar: Auf der Stirn eine grofse exkorierte Stelle mit gänzlichem Fehlen der Epidermis, von tief roter Farbe, mäfsiger Sekretion von Blut und Serum — als ob ein Blasenpflaster appliziert worden wäre. Enorme Exkoriation auf der Brust, bis aufs Abdomen sich erstreckend. Die Extremitäten waren ebenfalls zeitweilig affiziert. Fieber. Typhoide Erscheinungen. Tod 8 Wochen nach den allerersten Anfängen. — Verf. folgert: 1. dafs es sich hier um einen Fall von Pemphigus malignus handelte; 2. dafs derselbe mit typhoiden Erscheinungen einhergeht; 3. dafs diese Art Pemphigus schlecht genährte Individuen befällt.

---

[1] Vortrag, gehalten in der Academy of Medicine, 25. März 1889.

Digitized by Google

Bei der Diskussion werden auch von anderen Beobachtern einige ähnliche Fälle, teils mit Ausgang in Heilung, teils auch mit Exitus letalis geschildert.

Philippi-Felsberg.

Lichen ruber, dessen Vorkommen in Amerika und Unterscheidung von Lichen planus[1], von R. W. Taylor M. D. (New York). (*N. Y. Med. Journ.* 5. Jan. 1889.) Verf. hat an 2 Patienten je zwei mal dieses in Amerika sehr seltene Leiden längere Zeit zu beobachten Gelegenheit gehabt. Den einen der beiden Fälle, eine 37jährige Schweizerin betreffend, schildert er im Detail mit ausgezeichneten Illustrationen in Chromolithographie, Lichtdruck und Federzeichnungen. Verf. unterscheidet 3 Stadien bei dem Leiden: 1. Auftreten isolierter Papeln; 2. Zusammenlaufen der Papeln; 3. das dadurch entstandene, chronische, schuppende, mit mäfsiger Infiltration und Pigmentierung einhergehende Stadium. Im ersten Stadium sind die Papeln miliar oder submiliar und konisch geformt.

Dieser Zustand ist irrigerweise als eine Krankheit per se, als Lichen ruber acuminatus beschrieben worden. In gar nicht langer Zeit werden aber die Papeln platter und breiter, von dunkelgelber bis bräunlichroter Farbe, mit sehr geringer Schuppenbildung. Im Endstadium ist die Haut rauh und schuppig verdickt mit überall deutlicherer Ausprägung der natürlichen Hautfurchen, doch hat Verf. niemals gefunden, dafs die Haut eine solche feilen- oder reibeisenartige Beschaffenheit, wie sie Hebra schildert, angenommen hätte. Auch weicht er von dessen Schilderung in bezug auf die Prognose ab, indem er dieselbe für durchaus nicht so infaust hält, wie jener sie darstellt.

Der Unterschied zwischen Lichen ruber acuminatus und Lichen ruber planus ist durch tabellarische Aufzeichnung von 20 verschiedenen mehr oder weniger erheblichen Unterscheidungsmerkmalen überzeugend dargestellt.

Die histologischen Verhältnisse, welche im wesentlichen sich als eine Hypertrophie aller Schichten der Epidermis mit exsudativer Entzündung in den Papillen und der Papillarschicht darstellen, sind ebenfalls sowohl im Text als auch mittels Abbildungen äufserst anschaulich dargestellt.

In therapeutischer Beziehung empfiehlt Verf. die Anwendung heifser Bäder (30°—37° R.) mit Soda und Borax, sowie Einreibungen mit grüner Seife und Vaselin, namentlich auch Ungt. diachyl. mit Bals. peruv. (4 : 1) frisch bereitet, bei Fissurenbildung an den Händen und anderswo.

Philippi-Felsberg.

Nicht-juckender Lichen planus als Folge einer Amputation, von Charles P. Russel M. D. (Utica.) (*Journ. of Cutan. and Genito-Urin. Dis.* Juni 1889.) Ein 44jähriger, sonst gesunder und kräftiger Nachtwächter mufste infolge einer Verletzung durch eine Maschine sich die vier Finger der rechten Hand amputieren lassen. Einen Monat nach der Operation traten stecknadelkopfgrofse, runde, harte, rosarote Papeln in einer Gruppe beisammenstehend auf dem rechten Handgelenk hervor. Allmähliche Entwickelung von Gruppen und isolierten Papeln auf dem rechten Arm, dann auf der linken oberen Extremität. Niemals Pruritus. Das Leiden besteht jetzt 5 Jahre. Seit den letzten 3½ Jahren haben die Papeln, die inzwischen in spärlicher Menge auch den Rücken im unteren Dorsal- und Lendenteil, sowie auch Oberschenkel, Abdomen, Brust und Schultern befallen hatten, nicht weiter zugenommen.

---

[1] Vortrag, gehalten in der 12. Jahresversammlung der Amer. Dermat. Assoc. 19. Sept. 1888. — Über die Beurteilung des Falles s. No. 3: Török, Zur Lichen ruber-Frage.

Digitized by Google

Pigmentierung mit hellgelblicher, schmutziger Färbung fleckenweise. Die Oberfläche dieser Pigmentflecke ist dadurch eigentümlich, dafs bei schräg auffallendem Licht dieselbe ein etwas runzeliges Aussehen darbietet.

Verf. betrachtet die Erkrankung als eine Wirkung von Nerveneinflüssen infolge des Traumas. *Philippi-Felsberg.*

---

b. *Cutiserkrankungen.*

In der kgl. Gesellschaft der Ärzte in Budapest demonstrierten Dr. A. Hirschler und A. Irsai einen Fall von **Pemphigus der Haut, Mund- und Rachen- und Kehlkopfschleimhaut** und Dr. K. Buday ein Präparat von **Aktinomykosis abdominis.** Ein 30jähriger Mann bekam Geschwülste über dem rechten Lig. Poupart., dem rechten Trochanter und in der rechten Lumbalgegend; eine Geschwulst wurde eröffnet, eine andere brach von selbst auf, sodann Fieber und rascher Tod. Bei der Obduktion fand man hinter dem Blinddarm eine in das kleine Becken reichende Abscefshöhle mit dickem Eiter gefüllt; der Eiter war durch das foramen obturat. in das Hüftgelenk durchgebrochen, und die Haut des Hodensacks war diffus eiterig infiltriert; mikroskopisch bestätigte sich die Diagnose Aktinomykose. Die Eingangspforte für den Pilz war wahrscheinlich der Darm. (*Wr. med. Presse.* No. 29.)

Eckart-Nürnberg.

Über Akne frontalis s. necrotica (Akne pilaris — Bazin), von C. Boeck. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* 1889. Heft 1.) Der vom Verfasser beschriebene Fall von Akne varioliformis zeichnet sich durch seine abnorme Lokalisation aus. Aufser der Stirnhaargrenze und den Wangen resp. Bart wurden befallen die rechte Infraklavikulargrube, die Mitte der Brust, der Nacken, der ganze Rücken und der rechte Oberarm. Abnorm waren ferner die Gröfse der einzelnen Flecke, die Heftigkeit der Ausbrüche und die Neigung in den alten Narben aufzubrechen.

Die Affektion entsteht durch Anschwellung eines Haarfollikels nebst dessen nächster Umgebung, so dafs eine kleine Papel entsteht, die dann die Gröfse eines Hanfkorns erreicht. Dann treten eine Masse kleine sternförmige Hämorrhagien auf, die zusammen einen schwach markierten, violetten Fleck bilden. Später sinkt die Mitte des Fleckes ein und nimmt eine bräunliche Farbe an, die sich dann allmählich auf die ganze erkrankte Partie erstreckt, sich scharf vom gesunden Gewebe unterscheidend. Diese „mumifizierten", quasi in die gesunde Haut eingelassenen Scheiben fühlen sich eigentümlich fettartig an, sind sehr zäh und kohärent. Die Nekrose erstreckt sich bis auf einen Teil der Cutis. Ungefähr 5 Tage nach dem Abfallen dieser nekrotischen Teile ist die ehemalige Wundfläche schon wieder überhäutet.

Die Untersuchung der abgestofsenen Schorfe ergab eine konzentrische Anordnung als Zeichen des stofsweisen Umsichgreifens der Affektion. Blutgefäfse stark erweitert, strotzend. Elastisches Netz unverändert.

Epidermis, namentlich die äufsere Wurzelscheide stark hyperplastisch; im Papillarkörper verschiedene Blutextravasate. Die Gefäfse des Stratum reticulare cutis waren von einer eigentümlich hyalinen Masse umgeben, die aber noch viele Kerne und Kernreste zeigte. Massenhafte Bakterien verschiedener Arten, von denen vielleicht den tief unten in die Haarfollikel eingedrungenen eine ätiologische Bedeutung beizumessen ist. *P. Taenzer-Leipzig.*

Digitized by Google

Anthrax maligna[1], von Francis M. Murray. (*New York med. Journ.* 1889. Febr. 9.) Schilderung von 4 Fällen des Leidens; bei dreien Heilung, der vierte schon hoffnungslos, als Verf. ihn zu Gesicht bekam. Bei nur einem der Patienten war der Modus der Infektion nachzuweisen (Tragen von Rindshäuten). Therapie bestand in Exzision des Schorfs, Auspudern der Wunde mit Sublimatpulver und Verband mit 1 : 2000 Sublimatlösung. Statt des Auspuderns kann man die Wunde auch kauterisieren. Eine Gefahr der Sublimatintoxikation besteht nicht, da dasselbe sich sehr bald in Kalomel verwandelt. Bei Symptomen allgemeiner Infektion kann neben Tonica und Alcoholica auch Sublimat innerlich in Dosen von 0,002 oder 0,0015 drei bis vier mal täglich gereicht werden.

Diagnostisch ist das absolute Fehlen von Eiter, sowie auch, ehe eine entzündliche Reaktion und somit Wendung zur Besserung einsetzt, das Fehlen von Schmerzen charakteristisch. Die Prognose hängt wesentlich von der frühzeitigen Stellung der Diagnose ab; wo die Affektion häufiger vorkommt und infolge dessen früh seinem Wesen nach erkannt wird, beträgt die Sterblichkeit nur 5—9 % gegen 40 und 50 % anderswo. *Philippi-Felsberg.*

Chronische Infektionskrankkeiten.

c. *Syphilis.*

Ein Fall von Induratio primaria tonsillae, vorgestellt im ärztlichen Verein zu Budapest von Dr. S. Róna. (*Orvosi Hetilap.* No. 18. 1889.) Das 5jährige Kind leidet seit 14 Wochen an Halsschmerzen und Drüsengeschwülsten am Halse, wurde fortwährend und zwar von verschiedenen Ärzten wegen Diphtheritis behandelt. R. fand beim Kinde an der rechten Tonsille eine typische Huntersche Induration, Bubonen an beiden Seiten des Halses, so dafs der Hals ganz entstellt war, ausgebreitete Roseola am Stamm und Condylomata circa anum. *Róna-Budapest.*

Über eine ungewöhnliche Art von extragenitaler Syphilisinfektion, von Dr. E. Feibes. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 23.) Verf. berichtet über einen Fall, bei dem die Primäraffektion auf der rechten Wangenhaut dadurch von ihm entdeckt wurde, dafs die rechten Cervikaldrüsen als ein derber, knotig anzufühlender Strang sich präsentierten, und die rechten Maxillardrüsen stark geschwollen, während sie linkerseits nur eben infiltriert waren. Dieser Primäraffekt stellte sich als ein härtlich anzufühlendes Knötchen in der Gröfse einer gespaltenen Erbse dar, welches für ein Akneknötchen gehalten wurde. Es bildete sich vor einigen Monaten, als Patient vom Barbier an dieser Stelle geschnitten worden war, und bestand noch, als die sekundären Symptome bereits aufgetreten waren. Die Diagnose wurde durch den Erfolg der Therapie noch bestätigt; denn als der Patient täglich 3 Pillen mit 0,05 Protojoduret. Hydrarg. genommen und die affizierten Hautstellen selbst mit Emplâtre de Vigo[2] bedeckt hatte, verschwanden die Symptome. *L. Hoffmann-Berlin.*

---

[1] Vortrag gehalten in der *N. Y. Surgical Society.* 1888. Nov. 14.

[2] Das in Frankreich mit ausgezeichnetem Erfolge benutzte Pflaster besteht: Empl. simpl. 2000, Cera flava 100, Resina purefact. 10, Gummi-resina Ammoniac. 30, Bdellium 30, Olibanum 30, Myrrh. pulv. 20, Croc. pulver. 20, Hydrarg. 600, Terebinth. 100, Styr. liquid. 300, Ol. Lavandul. 10.

Digitized by Google

Progressive Ernährungsstörungen.

Fall von multiplem Molluscum fibrosum, von E. T. Tappey (Detroit). (*Journ. Cutan. and Genit. Urin. Dis.* Mai 1889.) Photographische Abbildung des Rückens eines 32jährigen Negers, der am ganzen Körper Tumoren von der Gröfse eines Stecknadelkopfes bis zu der einer kleinen Wallnufs wechselnd darbot; daneben war ein analoger fibröser Tumor 6½ Pfund schwer mit langem Stiel zwischen den beiden Schulterblättern angeheftet, in Form etwa eines Tiroler Rucksacks. Der Stiel bestand nur aus Haut, Nerven, fibrinösem, gelatinösem Gewebe und sehr vielen Blutgefäfsen. Operation. Heilung. *Philippi-Felsberg.*

Kataraktbildung bei teleangiektatischer Ausdehnung der Kapillaren der ganzen Gesichtshaut, sowie der Haut an den Händen und Vorderarmen, von A. Nieden. (*Hirschbergs Cbl. für Augenheilk.*) Die Teleangiektasien des 22jähr. Mädchens waren hirsekorngrofs und noch kleiner, waren kurz nach den ersten Menses (mit 15 Jahren) gekommen und seitdem zahlreicher geworden. Mit 22 Jahren bekam sie doppelseitige, totale weiche Katarakt, wie N. meint, vielleicht infolge desselben Prozesses an der Uvea, wie an der äufseren Haut. *Pauly-Nervi.*

Über Keloid bei einem Neger, von Prof. G. Lewin. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 22.) Gestützt auf den Fall eines 24jährigen Negers, bei dem sich die syphilitischen Narben zum gröfsten Teile zu auffallend tief schwarzen Keloiden ausbildeten, bekämpft L. durch histologische Beweise die Ansichten von Baerensprungs und Billroths. Ebenso widerlegt er die neue Richtung, das Keloid unter Fibrome und Sarkome zu rubrizieren. Gleichzeitig legt er seine Zweifel an der Existenz der genuinen Keloide dar. Die Keloide scheinen sich stets aus Narben, und zwar bei einer Disposition dazu, die selbst hereditär sein könne, zu entwickeln. Diese Disposition scheine bei der kaukasischen Rasse geringer als bei der malayischen zu sein. Auffallend könne es erscheinen, dafs Syphilis, die nur hinfälliges Gewebe zu produzieren scheine, wie z. B. die Initialsklerose, die Condylomata und Gummata, auch Keloide mit straffem, dauerndem Bindegewebe erzeuge. Dafs Quecksilberpräparate hier auch auf die Rückbildung der Keloide gewirkt haben, sucht L. dadurch zu erklären, dafs dasselbe das ganze noch nicht reife Gewebe, welches die Basis des Keloids bilde, zum Schwinden bringe, welches im Gegensatz zum fertigen harten Gewebe nicht allein Spindelzellen und Kerne, sondern auch Gefäfse besitze. Durch diesen Schwund der Basis sinkt das alte harte Narbengewebe tiefer ins Niveau der Umgebung und stellt so eine scheinbare Involution des Keloids selbst vor. Die auffallend kohlschwarze Farbe der Keloide erklärt L. durch die der Vernarbung vorangehende Hyperämie. Er beschreibt den Vorgang dieser Vernarbung: Über die bis zum Niveau der normalen Umgebung sich erhebenden Granulationen zieht sich ein anfangs glänzend weifser Epidermisstreifen. Mit seiner die Vernarbung vermittelnden, allmählich zunehmenden Verbreiterung und Verdickung nimmt auch die dunklere Schattierung zu. Mikroskopisch läfst sich an diesem anfangs weifsen Streifen die allmähliche Einwanderung von Pigmentzellen von der angrenzenden Haut aus nachweisen. Das Pigment selbst entstammt aber direkt dem Blute. Schliefslich erwähnt L. noch die neuesten Operationsverfahren von Vidal und Brocq, lineare Inzisionen und Elektrolyse. *L. Hoffmann-Berlin.*

Ein Fall von Morbus Addisonii, von Dr. Axel Sjöström. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 22.) In dem veröffentlichten Fall, der manches Interessante darbietet, fand man aufser in den Nebennieren keinen andern tuberkulösen Herd. Die

Digitized by Google

mikroskopische Untersuchung des Ganglion semilunare beiderseits ergab eine auffallend starke Pigmentierung der Ganglienzellen und an einzelnen Stellen im Stützgewebe eine diffuse kleinzellige Infiltration. Was die Untersuchung der Haut resp. der Pigmentverteilung in der Haut anbetrifft, so entsprach der Befund im grofsen und ganzen dem von NOTHNAGEL in neuerer Zeit (*Zeitschrift für klinische Medizin.* IX. Band) gemachten, nur dafs in diesen Präparaten eine so bestimmte Anordnung des in der Cutis vorhandenen Pigments nach dem Gefäfsverlaufe, bezw. eine Anhäufung des Pigments dicht um die Gefäfse herum, wie NOTHNAGEL sie beschreibt, sich nicht überall mit derselben Deutlichkeit feststellen liefs. Verf. ist auch der Ansicht, dafs das Pigment aus dem Blute stammt, konnte aber in seinen Präparaten nirgends die Gefäfserkrankungen, wie RIEHL sie beschreibt, nachweisen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Versammlungen.

62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Heidelberg 1889.

Programm.

Die 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte wird, gemäfs dem Beschlusse der vorjährigen Versammlung zu Köln, in Heidelberg vom 18. bis 23. September d. J. tagen.

Die unterzeichneten Geschäftsführer beehren sich hiermit, alle Naturforscher, Ärzte und Freunde der Naturwissenschaften zum Besuche der Versammlung einzuladen.

Obwohl die Versammlung nach ihren Statuten eine Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte ist, so ist die Betheiligung fremder Gelehrten stets in hohem Mafse willkommen geheifsen worden, und werden dieselben hierdurch freundlichst eingeladen.

Die drei allgemeinen Sitzungen werden im grofsen Saale des Museums am 18., 20. und 23. Septamber gehalten werden.

In der zweiten allgemeinen Sitzung am 20. September wird der Entwurf der neuen Statuten zur Beratung und Genehmigung vorgelegt werden, welche der Vorstand der Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte infolge der Beschlüsse der vorjährigen Versammlung zu Köln ausgearbeitet hat.

Nach den zur Zeit noch geltenden alten Statuten von 1822 besteht die Versammlung aus Mitgliedern und Teilnehmern, jedoch haben nur die ersteren Stimmrecht (§. 7 der Statuten). Als Mitglied wird jeder Schriftsteller in naturwissenschaftlichem oder ärztlichem Fache betrachtet (§ 3). Wer aber nur eine Inaugural-Dissertation verfafst hat, kann nicht als Schriftsteller angesehen werden (§ 4.) Beitritt (als Teilnehmer) haben alle, die sich wissenschaftlich mit Naturkunde und Medizin beschäftigen (§ 6).

Jedes Mitglied und jeder Teilnehmer erhält zu seiner Legitimation eine Teilnehmerkarte nebst Erkennungszeichen (Schleife), für welche 12 Mark zu entrichten sind. Auch können dieselben zum Preise von 6 Mark Karten für zugehörige Damen erhalten.

Die Mitglieder haben aufserdem infolge der vorjährigen Kölner Beschlüsse gegen einen Jahresbeitrag von 5 Mark eine besondere Mitgliedskarte zu lösen.

Digitized by Google

Die Vorzeigung der Karten wird sehr häufig notwendig sein. Es wird daher gebeten, sie stets bei sich zu tragen.

Beschlüsse der Naturforscher-Versammlung können nur in einer allgemeinen Sitzung gefafst werden. Alles wird durch Stimmenmehrheit der Mitglieder entschieden (§ 7 und 8).

Eine Fassung von Resolutionen über wissenschaftliche Thesen findet in den allgemeinen Sitzungen sowohl, als in den Abteilungssitzungen nicht statt (§ 21).

Die Abteilungen werden durch die einführenden Vorsitzenden eröffnet, wählen sich dann aber ihre Vorsitzenden selbst. Es steht jeder Abteilung frei, aufser dem schon jetzt bestimmten einheimischen Schriftführer, je nach Bedürfnis, noch einen zweiten oder dritten Schriftführer zu ernennen.

Mit der Versammlung wird eine Ausstellung wissenschaftlicher Apparate, Instrumente und Präparate in der städtischen Turnhalle, Grabengasse 22, verbunden sein, welche von einem besonderen Ausstellungskomitee (Vorsitzender: Stadtrat Leimbach Heidelberg, Gaisbergstrafse 59) geleitet wird. Die Teilnehmerkarten berechtigen zum unentgeltlichen Besuch der Ausstellung, welche täglich von 8—11 Uhr vormittags den Mitgliedern und Teilnehmern der Versammlung ausschliefslich geöffnet sein wird. Während dieser Stunden werden gewünschte Erklärungen von den Ausstellern oder deren Vertretern gegeben werden. In den Stunden nach 11 Uhr wird die Ausstellung auch dem Publikum gegen Eintrittsgeld geöffnet sein. Der Katalog, in welchem die Gegenstände nach Gruppen geordnet aufgeführt sind, wird den Mitgliedern und Teilnehmern der Versammlung unentgeltlich verabfolgt.

Die Vorstände der Gesellschaften Museum und Harmonie haben ihre Räume den Mitgliedern und Teilnehmern der Versammlung für die Dauer derselben in gleicher Weise wie den Gesellschafts-Mitgliedern zur Verfügung gestellt.

Durch das freundliche Entgegenkommen der städtischen Behörden sowie der Museums-Gesellschaft werden ein Konzert im Stadtgarten am 18. September, ein Fest auf dem Schlofs am 20. September, und eine Schlofsbeleuchtung am 23. September, sowie ein Festball im Museum am 21. September Gelegenheit bieten für den geselligen Verkehr in gröfseren Kreisen.

Die Karten zu dem Festmahl am 19. September im grofsen Saale des Museums werden im Empfangsbureau am Dienstag und Mittwoch, 17. und 18. September ausgegeben.

Ein Empfangs- und Auskunftsbureau wird im Erdgeschofs des Bayrischen Hofes. Rohrbacher Strafse 2, nahe dem Bahnhof, geöffnet sein:

Montag,	16.	September,	8—12 Uhr vormittags, 3—5 Uhr nachmittags.
Dienstag,	17.	„	8 Uhr morgens bis 12 Uhr nachts.
Mittwoch,	18.	„	8 Uhr morgens bis 8 Uhr abends.
Donnerstag,	19.	„	8—12 Uhr vormittags, 3—5 Uhr nachmittags.
Freitag,	20.	„	
Samstag,	21.	„	
Montag,	23.	„	

Anmeldungen für Privatwohnungen nimmt der Schriftführer des Wohnungskomitees, Herr Ratsschreiber Webel (Rathaus, Heidelberg) von jetzt an entgegen.

Ein Vertreter des Wohnungskomitees wird im Empfangsbureau anwesend sein.

Während der Dauer der Versammlung erscheint das *Tageblatt*, welches jeden Morgen im Empfangsbureau ausgegeben wird und die Liste der Mitglieder und Teilnehmer nebst Angabe der Wohnung in Heidelberg, die Tagesordnungen der Abteilungen, Mitteilungen der Geschäftsführer u. s. w. sofort veröffentlicht.

Digitized by Google

Die Berichte über die gehaltenen Vorträge können erst später gedruckt und im wissenschaftlichen Teile des Tageblattes zur Kenntnis der Mitglieder und Teilnehmer gebracht werden.

Die Herren Vortragenden werden gebeten, das Manuskript des Berichtes über ihren Vortrag recht deutlich zu schreiben, die nur auf einer Seite beschriebenen Blätter mit der Bezeichnung der Abteilung zu versehen und gleich nach dem Vortrage dem Schriftführer der betreffenden Abteilung zu übergeben oder der Redaktions-Kommission einzusenden. Berichte, die nicht spätestens am 8. Oktober d. J. in Heidelberg eintreffen, haben kein Anrecht auf Veröffentlichung im *Tageblatt*. Das Bureau der Redaktions-Kommission befindet sich im Erdgeschofs der Druckerei, Hauptstrafse 55.

Ein Post- und Telegraphenbureau für die Mitglieder und Teilnehmer der Versammlung wird im Einverständnis mit der Kaiserlichen Postbehörde im Erdgeschofs des Universitätsgebäudes während der Dauer der Versammlung von 8 Uhr morgens bis 8 Uhr abends geöffnet sein, und ein Nebenzimmer Gelegenheit zum Briefschreiben bieten.

Unsere Bemühungen, für die Teilnehmer der Versammlung, wie in früheren Jahren, auf den Eisenbahnen eine Preisermäfsigung zu erlangen, sind leider ohne Erfolg gewesen, da die bestehenden Grundsätze den Eisenbahnverwaltungen nicht mehr gestatten, eine weitere Verkehrserleichterung zu gewähren, als schon durch die Einrichtung der „zusammenstellbaren Rundreisehefte“ gegeben ist.

Für Sonntag, den 22. September sind folgende Ausflüge in die Umgegend Heidelbergs in Aussicht genommen:

1. Durch das Neckarthal nach Neckarsteinach, Hirschhorn, Eberbach, Ernstthal.
2. An die Bergstrafse nach Weinheim, Bensheim, Auerbach, Zwingenberg, Jugenheim.
3. In die Pfalz nach Speyer, Neustadt a. H., Annweiler und Dürkheim.
4. Nach Mannheim zur Besichtigung der dortigen Sammlungen und zum Besuch der Oper.

Auswärtigen Herren können Mitgliederkarten jeder Zeit, Teilnehmerkarten in der Zeit vom 1.—12. September, gegen portofreie Einsendung der Beträge von 5 Mark 25 Pfg. resp. 12 Mark 25 Pfg. an den ersten Geschäftsführer, zugesandt werden.

Im Empfangsbureau werden die Programme, Tageblätter, Festkarten u. s. w. ausgegeben.

Alle Mitglieder und Teilnehmer (auch diejenigen, welche schon im Besitze von Legitimationskarten sind) werden gebeten, im Empfangsbureau ihren Namen in die aufliegende Liste einzutragen und gleichzeitig ihre Karte mit Namen, Titel und Heimatsort zu übergeben.

Alle auf die Versammlung oder die allgemeinen Sitzungen bezüglichen Briefe bitten wir an den ersten Geschäftsführer

Professor Quincke, Heidelberg, Friedrichsbau,

alle die Ausstellung betreffenden Briefe und Sendungen an den Vorsitzenden des Ausstellungskomitee

Herrn Stadtrat Leimbach, Heidelberg, Gaisbergstrafse 59,

die auf Vorträge in den Abteilungen bezüglichen Briefe an die Vorstände der einzelnen Abteilungen zu richten.

Heidelberg, Ende Juli 1889.

Die Geschäftsführer der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.

G. Quincke. W. Kühne.

Digitized by Google

Allgemeine Tagesordnung.

Dienstag, 17. September.

Morgens 9 Uhr: Eröffnung der Ausstellung.
Abends 8 Uhr: Gegenseitige Begrüfsung der Gäste im Museum.

Mittwoch, 18. September.

Morgens 9 Uhr: I. Allgemeine Sitzung im grofsen Sale des Museums.

1. Eröffnung der Versammlung; Ansprachen.
2. Vortrag des Herrn Geh. Rat V. Meyer (Göttingen-Heidelberg): Chemische Probleme der Gegenwart.
3. Vortrag von Herrn Dr. G. H. Otto Volger (Frankfurt a. M.): Leben und Leistungen des Naturforschers Dr. K. Schimper.

Mittags: Einführung und Bildung der Abteilungen.
Nachmittags: Sitzungen der Abteilungen.
Abends 7 Uhr: Konzert im Stadtgarten.

Donnerstag, 19. September.

Sitzungen der Abteilungen.
5 Uhr: Festmahl im grofsen Saale des Museums.

Freitag, 20. September.

Morgens 9 Uhr: II. Allgemeine Sitzung im grofsen Saale des Museums.

1. Vortrag von Herrn Prof. H. Hertz (Bonn): Über die Beziehungen zwischen Licht und Elektrizität.
2. Beratung eines Entwurfs neuer Statuten unter Vorsitz des Geh. Med.-Rat Virchow als Vorsitzenden des Vorstandes.
3. Wahlen: 1. des neuen Vorstandes, 2. des nächsten Versammlungsortes, 3. der nächsten Geschäftsführer.

Nachmittags: Sitzungen der Abteilungen.
Abends 6½ Uhr: Fest auf dem Schlosse.

Samstag, 21. September.

Sitzungen der Abteilungen.
Abends 7½ Uhr: Festball im Museum.

Sonntag, 22. September.

Ausflüge in die Umgebung.

Montag, 23. September.

Morgens 9 Uhr: III. Allgemeine Sitzung im grofsen Saale des Museums.

1. Vortrag von Herrn Prof. Th. Puschmann (Wien): Bedeutung der Geschichte für die Medizin und die Naturwissenschaften.
2. Vortrag von Herrn Prof. Brieger (Berlin): Bakterien und Krankheitsgifte.

Nachmittags: Sitzungen der Abteilungen.
Abends 7½ Uhr: Schlofsbeleuchtung.

Abteilung für Dermatologie und Syphilis.

Sitzungssaal: Hörsaal der medizinischen Klinik.

Einführender Vorsitzender: Dr. Fleiner, Heidelberg, Rohrbacherstrafse 22.
Schriftführer: Dr. Dinkler, Heidelberg, Vossstrafse 2.

Bisher angemeldete Vorträge:

1. Prof. Dr. Neisser (Breslau): Über die Verbreitung der venerischen Krank-

Digitized by Google

heiten unter den Prostituierten. — 2. Prof. Dr. Doutrelepont (Bonn): Thema vorbehalten. — 3. Dozent Dr. Lassar (Berlin): Über Rhinophyma. — 4. Dr. Max Joseph (Berlin): Prurigo bei lymphatischer Anämie. — 5. Dr. Edmund Stern (Mannheim): Zur Ätiologie der Sykosis vulgaris. — 6. Derselbe: Zur Narbenverbesserung. — 7. Dr. Fleiner (Heidelberg): Über Ekzema chronicum universale. — 8. Dr. Dinkler (Heidelberg): Über Erkrankungen der Zungenschleimhaut.

Sitzungen am 18. September 3—5, 19. und 21. September 8—10 Uhr.

Beschlüsse

der 61. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Köln am 20. September 1888.

(Vergl. *Tageblatt* der 61. Versammlung Seite 97 und 103.)

1. In Zukunft soll die Mitgliedschaft der Gesellschaft eine dauernde sein.

2. Die Bestimmungen der Statuten über die Teilnahme an den Versammlungen bleiben unverändert. Insbesondere sollen auch künftig Teilnehmer in der bisher üblichen Weise zu den Versammlungen zugelassen werden, auch wenn sie nicht dauernde Mitglieder der Versammlung sind. Stimmberechtigt bleiben nur die Mitglieder der Gesellschaft.

3. Die Gesellschaft soll eignen Besitz und eignes Vermögen erwerben können.

4. Der Jahresbeitrag der Mitglieder beträgt 5 Mark.

5. Die Gesellschaft wählt einen Vorstand. Derselbe soll bestehen aus dem Vorsitzenden, dem stellvertretenden Vorsitzenden, 7 Mitgliedern, dem Schatzmeister, dem Generalsekretär und den beiden Geschäftsführern der nächstjährigen Versammlung. Die sämtlichen Mitglieder des Vorstandes werden auf ein Jahr, der Schatzmeister auf drei Jahre gewählt.

6. Der in der demnächstigen Sitzung gewählte Vorstand wird auf Grund dieser Beschlüsse neue Statuten ausarbeiten und dieselben der nächstjährigen Versammlung zur Beschlufsfassung vorlegen.

Entwurf der neuen Statuten

der Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte.

Sitzung des Vorstandes vom 26. April 1889 zu Heidelberg.

Der unterzeichnete Vorstand ist am 26. April d. J. in Heidelberg zu einer Beratung zusammengetreten, um auf Grund der Kölner Beschlüsse die Grundlagen der künftigen Statuten zu beraten. Das Ergebnis dieser Beratungen liegt in nachstehenden nur vorläufig zusammengestellten Artikeln vor. Der hieraus auszuarbeitende Statuten-Entwurf wird seiner Zeit veröffentlicht werden.

Heidelberg, den 26. April 1889.

Virchow.

Becker. Biermer. Billroth. Hegar.

A. W. von Hofmann. Kühne. Lent. Quincke.

Hansemann. Lassar.

Digitized by Google

§ 1. Eine Anzahl deutscher Naturforscher und Ärzte ist am 18. September 1822 in Leipzig zu einer Gesellschaft zusammengetreten, welche den Namen führt: „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte."

§ 2. *Zweck.* Zweck der Gesellschaft ist: Förderung der Naturwissenschaften und Medizin und Pflege der persönlichen Beziehungen unter den deutschen Naturforschern und Ärzten.

Juristischer Sitz. Als Sitz der Gesellschaft werden vorgeschlagen entweder Berlin oder Leipzig oder München.

§ 3. *Mitgliedschaft.* Als Mitglied kann jeder Schriftsteller im naturwissenschaftlichen und ärztlichen Fache aufgenommen werden.

§ 4. Wer nur eine Inaugural-Dissertation verfafst hat, kann nicht als Schriftsteller angesehen werden.

§ 5. Jeder Naturforscher und Arzt wird gegen Zahlung eines jährlichen Beitrages von fünf Mark Mitglied der Gesellschaft, wenn er die Ehrenrechte besitzt und den Bestimmungen der §§ 3 und 4 entspricht.

Eine besondere Ernennung zum Mitgliede findet nicht statt, und Diplome werden nicht erteilt.

Der Vorstand ist berechtigt, die Erfüllung der in §§ 3—5 aufgestellten Bedingungen in jedem besonderen Falle zu prüfen.

§ 6. *Teilnahme.* An den jährlichen Versammlungen können alle, die sich wissenschaftlich mit Naturkunde und Medizin beschäftigen und den von der jedesmaligen Geschäftsführung festgesetzten Beitrag entrichten, teilnehmen.

§ 7. *Abstimmung.* Stimmrecht besitzen ausschliefslich die in der Versammlung gegenwärtigen Mitglieder.

§ 8. Alles wird durch Stimmenmehrheit entschieden.

§ 9. *Versammlungsort und -zeit.* Die Versammlungen finden jährlich statt, fangen jedesmal mit dem 18. September an und dauern mehrere Tage.

§ 10. Der Versammlungsort wechselt. Bei jeder Versammlung wird derselbe für das nächste Jahr vorläufig bestimmt.

Zwei Geschäftsführer, welche am Orte der Versammlung wohnhaft sein müssen, übernehmen die Geschäfte für die nächste Versammlung.

§ 11. *Vorstandswahl.* Die Gesellschaft wählt einen Vorstand. Derselbe besteht aus einem Vorsitzenden, einem stellvertretenden Vorsitzenden, sieben Mitgliedern, dem Schatzmeister und dem Generalsekretär, sowie den beiden Geschäftsführern der nächstjährigen Versammlung. Die sämtlichen Mitglieder des Vorstandes werden auf ein Jahr, der Schatzmeister und Generalsekretär auf drei Jahre gewählt.

Sollte ein Mitglied des Vorstandes dauernd oder vorübergehend behindert sein, so steht dem Vorstand das Recht der Ergänzung bis zur Zeit der nächsten Versammlung zu.

Einer der Vorsitzenden soll der naturwissenschaftlichen, der andere der ärztlichen Richtung angehören. Ebenso sollen bei der Wahl der übrigen Mitglieder die naturwissenschaftlichen und ärztlichen Fächer in möglichst gleicher Weise berücksichtigt werden.

Die Wahl des Vorstandes findet durch die Versammlung (§ 7) mit absoluter Stimmenmehrheit statt. Das Geschäfsjahr läuft vom . . . . bis . . . .

§ 12. *Obliegenheit des Vorstandes.* Der Vorstand hat die Obliegenheit, Vorschläge für die Wahl des nächsten Versammlungsortes und der Geschäftsführer zu

Digitized by Google

machen, unbeschadet des Rechtes jedes einzelnen Mitgliedes, derartige Vorschläge zu machen.

§ 13. Der Vorstand hat ein ausreichendes Archiv einzurichten und fortzuführen.

§ 14. In der Zwischenzeit zwischen zwei Versammlungen bereitet der Vorstand die wissenschaftlichen Verhandlungen vor, welche in der Versammlung stattfinden sollen, erledigt die ihm durch besondere Beschlüsse der Gesellschaft übertragenen Angelegenheiten und stellt mit den Lokalgeschäftsführern das allgemeine Programm der nächsten Versammlung fest.

§ 15. Eine Fassung von Resolutionen über wissenschaftliche Thesen findet in den allgemeinen sowie in den Sektionssitzungen nicht statt.

§ 16. *Abteilungen.* Die einzelnen Abteilungen (Sektionen) erwählen einen Abteilungsvorstand, welcher das Spezialprogramm für die nächste Versammlung vorbereitet und sich nötigenfalls mit den Geschäftsführern der nächsten Versammlung in Verbindung setzt.

Ohne Bewilligung des Vorstandes kann die Zahl der Abteilungen (Sektionen) nicht vermehrt werden.

§ 17. *Geldverwaltung.* Über das Vermögen und die laufenden Beiträge der Mitglieder verfügt die Versammlung auf Vorschlag des Vorstandes.

Die Anweisungen zur Zahlung erfolgen auf gemeinsame Unterschrift des Vorsitzenden und des Generalsekretärs.

§ 18. Über die bei jeder einzelnen Versammlung dem § 6 gemäfs eingehenden Beiträge der Mitglieder und Teilnehmer verfügen die beiden Geschäftsführer durch gemeinsame Unterschrift. Etwaige Überschüsse haben die letzteren der Kasse der Gesellschaft zu überweisen.

§ 19. *Statutenänderungen.* Statutenänderungen können nur mit Zweidrittel-Mehrheit der erschienenen Mitglieder beschlossen werden, nachdem der Wortlaut des betreffenden Antrages spätestens bis Ende Juli in einigen der verbreitetsten politischen und Fachschriften bekannt gegeben worden ist.

§ 20. *Auflösung.* Die Auflösung der Gesellschaft mufs ebenfalls von zwei drittel der erschienenen Mitglieder beschlossen werden, nachdem der Antrag in der Septembersitzung des Vorjahres durch wenigstens 25 Mitglieder schriftlich eingebracht worden ist. Das Vermögen kann nur einer ähnlichen Korporation oder Stiftung zugewendet werden.

Druckfehlerberichtigung.

No. 3. Artikel: Zur Lichen ruber-Frage, von Dr. Ludwig Török.

Seite 116. Zeile 33 von oben zu streichen: welche die Verwandtschaft beider Prozesse ausmachen.

Seite 131. Zeile 10 von oben: nicht zu dieser Affektion gezählt werden darf.

No. 1. Seite 35. Zeile 12 von unten: ein Mal perforant, statt einmal.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 5. 1. September 1889.

Versammlungen.

Internationaler Kongreſs für Dermatologie und Syphilographie in Paris 1889.

Referent: Dr. Ludwig Török.

Der erste internationale Kongreſs für Dermatologie und Syphiligraphie in Paris begann am 5. August seine Beratungen unter glänzenden Auspizien. Das exquisite Interesse, welches demselben in Fachkreisen entgegengebracht wurde, ist aus der groſsen Anzahl der Teilnehmer — über 200 Mitglieder —, von welchen der gröſste Teil aus dem Auslande kam, und aus dem wahren Überfluſs an angemeldeten Vorträgen und Demonstrationen ersichtlich. Bei dem Umstande, daſs in verschiedenen Ländern und Schulen, ja sogar bei den Mitgliedern derselben Schule, über die Individualität, oder sogar über die Existenz gewisser Krankheitsformen die widersprechendsten Ansichten herrschten, daſs über die Verlaufs- und Behandlungsweise gewisser Krankheiten nur nach Sichtung eines groſsen Materials und der verschiedenartigsten Erfahrungen sichere Kenntnisse zu erwerben waren, war ein internationaler Kongreſs das einzige, was in vielen Fragen Klarheit, andere der Entscheidung nahe bringen muſste. Deshalb nahmen auch die meisten, die unsrer Wissenschaft ein wahres Interesse entgegenbringen, an den Beratungen des Kongresses teil. Andere, die scheinbar „häusliche“ Angelegenheiten vom Kongresse ferne hielten, mögen sich gedacht haben, daſs die Dinge wohl auch ohne ihr Hinzuthun ihren Gang nehmen würden, und daſs sie ja das Resultat der Beratungen und die Entscheidung der Fragen mit althergebrachter Geduld abwarten könnten. Oder vielleicht trösteten sie sich mit den Gedanken, daſs auch hier nur ein langes Programm angemeldeter und unangemeldeter Vorträge, ohne besondere Emotion zu verursachen, abgehaspelt werde.

Das letztere war nun dieses Mal nicht der Fall.

Es waren vor allem die vom Komitee auf die Tagesordnung gestellten Fragen, um welche sich die interessantesten Debatten entspannen, und unter diesen wieder die ersten 3 Fragen, vom Lichen, von der Pity-

Digitized by Google

riasis rubra und den universellen exfoliativen Dermatitiden, und vom Pemphigus nebst den bullösen, komplexen oder multiformen Dermatosen, welche wohl die bedeutendsten Themata des Kongresses bildeten, wo die Diskussion der zu Paris versammelten besten Fachgelehrten ihren Höhepunkt erreichte. Für die von den Teilnehmern des Kongresses gewählten Themata waren besondere Sitzungen bestimmt, welche viel des Anregenden und Interessanten boten. Krankenvorstellungen, Demonstrationen von Moulages aus dem Museum Baretta, von Bildern und Photographien einzelner Fälle und mikroskopischer Präparate, Demonstrationen am Mikroskope fügten sich allen Sitzungen an. Das übergrofse Krankenmaterial des Hôpital St. Louis ermöglichte es, dafs während der kurzen Zeit des Kongresses eine Anzahl der seltensten Fälle vor unseren Augen vorüberzogen.

Das Museum Baretta zu schildern, in welchem die Sitzungen stattfanden, halte ich nach den *Pariser Briefen*[1] meines verehrten Lehrers Dr. Unna für überflüssig. Der Reichtum und die Vollkommenheit desselben erregten allenthalben Bewunderung. Die darin enthaltenen Moulages unterstützten ebenso den Fortgang der Verhandlungen über die Gegenstände des Kongresses, als sie den einzeln Betrachtenden zur Belehrung und Anregung dienten.[2]

Aufserdem gab es eine Reihe von Festlichkeiten, deren Arrangement selbst dem allbekannten Geschmacke und der Gastfreundschaft der Franzosen Ehre machte.

Mit einem Worte, wir haben hier einen vollkommenen, durchschlagenden Erfolg zu verzeichnen. Neben dem regen wissenschaftlichen Interesse der anwesenden Fachgenossen ist dies hauptsächlich, den Bemühungen des Arrangierungskomitees und ganz besonders denen des unermüdlichen Sekretärs desselben, Dr. Feulard, zu verdanken. Ref. benützt diese Gelegenheit um Herrn Feulard, sowie den Herren Thibierge, Jacquet und Raymond, seinen französichen Kollegen im Sekretariate der Kongrefssitzungen, noch speziell seinen Dank auszudrücken für die Liebenswürdigkeit und Bereitwilligkeit, mit welcher sie ihn in den Agenden des Referenten der *Monatshefte* unterstützten.

---

[1] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VII. 1888. pag. 531.

[2] Nur den Umstand will ich noch erwähnen, dafs das Museum Baretta sich seit dem Besuche Dr. Unnas in vielen Dingen zu seinem Vorteile veränderte. Es hat sich räumlich vergröfsert, die Moulages sind unter Beibehaltung der alten Etikettierungen, wo es sich notwendig erwies, mit neuen entsprechenderen Diagnosen versehen und besser geordnet worden, endlich hatte Dr. Feulard einen Katalog der in demselben enthaltenen Moulages redigiert. Alles dies erleichterte um ein beträchtliches das Studium der hier aufgestapelten wissenschaftlichen Schätze.

Digitized by Google

I. Sitzung vom 5. August.

Ricord (Ehrenpräsident) eröffnet die Sitzung, begrüfst die Mitglieder des Kongresses und dankt den ausländischen Teilnehmern ganz besonders für ihr Erscheinen. (Beifall.)

Peyron (Direktor der Assistance publique de Paris). Die Administration de l'Assistance publique stellt dem Kongresse die Lokalitäten des Museum Barretta mit der gröfsten Bereitwilligkeit zur Verfügung und rechnet es sich zur Ehre, denselben in ihren Räumlichkeiten zu begrüfsen. Das rege Interesse für die Wissenschaft vereinige hier die Fachgenossen ohne Unterschied der Nationalität. Er benützt diese Gelegenheit um einen kurzen Abrifs der Geschichte des Museum Barretta vorzutragen. Dasselbe, vor 11 Jahren begründet, ist vor 5 Jahren in die jetzigen Lokalitäten übergesiedelt. Aus bescheidenen Anfängen hat es sich dank den Bemühungen der Ärzte des Hôpital St. Louis und der Kunst Barettas — (Applaus) — zu seinem heutigen Umfange entwickelt. Er lobt in lebhafter Weise die Kunst Barettas und wendet sich endlich mit einer besondern Apostrophe an Ricord und Hardy, in deren Person er alle diejenigen ehre, die zum Aufblühen des Instituts beigetragen hatten. (Beifall.)

Feulard (Generalsekretär) gibt der Freude über das Gelingen des internationalen Kongresses Ausdruck und dankt den ausländischen Mitgliedern desselben für ihr Erscheinen. Ganz besonders dankt er den Vertretern des Arrangierungskomitees im Auslande. Zum Schlusse trägt er die Geschichte der Vorbereitungen und der Entstehung des Kongresses vor. (Lebhafter Beifall.)

Hardy (Präsident des Arrangierungskomitees) dankt ebenfalls den Teilnehmern für ihr Erscheinen. Die Dermatologie hat dank den fortgesetzten Untersuchungen der letzten Jahre einen lebhaften Aufschwung genommen. Es entstanden eine grofse Anzahl dermatologischer Gesellschaften, und der eben eröffnete Kongrefs gibt den Anlafs zur Gründung einer ähnlichen in Paris. Durch das eifrige Studium so vieler Kräfte dringen wir immer mehr in das Wesen der Hautkrankheiten ein. Doch gibt es in den verschiedenen Ländern über viele Fragen abweichende Ansichten, vieles ist trotz aller Untersuchung noch vollkommen dunkel; andre Hautaffektionen sind wohlbekannt, doch gibt es Gegensätze in der Therapie derselben. Solche Fragen wurden nun auf die Tagesordnung des internationalen Kongresses gestellt, dessen Beratungen hoffentlich Klarheit in dieselben bringen werden. Er begrüfst die Teilnehmer des Kongresses als Mitglieder einer wissenschaftlichen Familie. (Lebhafter Beifall.)

Es wird nun zur Wahl des Bureaus geschritten. Zum Präsidenten wurde Hardy gewählt, der die Präsidentenwürde mit einer Anzahl ausländischer Mitglieder teilen wird. Den ausländischen Mitgliedern assistiert in den Agenden des Präsidenten je ein Arzt des Hôpital St. Louis.

Es wird beschlossen, die Sitzungen täglich vormittags von 9—12 Uhr und nachmittags von 1¼—4 Uhr abzuhalten.

Dann wir unter der Präsidentschaft Hardys mit der Beratung der ersten Frage begonnen.

Auf der Tagesordnung stand die

I. Frage.

Über die Konstitution der Gruppe Lichen.

Nach all den Arbeiten der allerletzten Zeit konnte man erwarten, dafs sich das hauptsächliche Interesse dem Lichen ruber acuminatus und seinem Verhältnisse zur Pityriasis rubra pilaris zuwenden würde. Ref. hat erst vor kurzem in

Digitized by Google

einem in No. 3 dieses Bandes der *Monatshefte* erschienenen Artikel die Frage skizziert und hält sich daher der Pflicht überhoben, den Stand der Lichen ruber-Frage hier nochmals auszuführen.

Als erster Redner ergreift Prof. Kaposi (Wien) das Wort.

Unter dem Worte Lichen verstand man bis zur Zeit Hebras nur eine morphologische Entität. Erst Hebra hat demselben eine nosologische Bedeutung zugeschrieben und die neugeschaffene Gruppe wohlcharakterisiert. Er unterschied den Lichen ruber und den Lichen scrophulosorum. Der erstere war der Gegenstand verschiedener Angriffe. Wilson hat nur den Lichen planus gekannt. Da K. nun Fälle des letzteren mit Lichen ruber vergesellschaftet sah, erklärte er sich für die Verwandtschaft beider Prozesse und unterschied seit dem Jahre 1874 in der Lichen ruber-Gruppe den Lichen acuminatus und den Lichen planus. Hierfür sei er allein verantwortlich, und trotz der vielerlei Beschreibungen erkennt er nur die Existenz eines Lichen acuminatus an, den Typus Kaposi. Die Existenz des letzteren trachtet er durch die mitgebrachten Abbildungen seiner Fälle zu beweisen. Der Lichen acuminatus ist eine sehr seltene Erkrankung. Seine Existenz wird von den Beobachtern des viel häufigeren Lichen planus (Róna, Brocq) geleugnet. Piffard, Robinson, Taylor etc. hinwieder erklärten sich gegen die Verwandtschaft beider Lichenarten. Besnier hat in letzter Zeit Fälle der sogenannten Pityriasis rubra pilaris Devergie beschrieben und Taylors Fall von Lichen acuminatus dazu gerechnet. Kaposi erklärt nun Taylors Fall ebenso wie den von Caesar Boeck beschriebenen Fall von Pityriasis rubra pilaris für Lichen acuminatus-Fälle. Auch andre Beispiele ähnlicher Art kann er nicht von seinem Lichen acuminatus unterscheiden, er erklärt sie vielmehr für typische Fälle desselben sowohl in klinischer als histologischer Beziehung.

Die Lichen acuminatus-Fälle sind sehr häufig mit einem marastischen Zustand der betreffenden Patienten verbunden, dessen Ursache höchst wahrscheinlich in den atrophischen Veränderungen der Haut zu suchen ist. Seine Fälle sind übrigens infolge der Arsenbehandlung gut verlaufen, doch hat er zwei neuere Fälle mit Tod endigen gesehen.

Neben dem Lichen acuminatus und dem Lichen planus muſs noch der Lichen scrophulosorum in die Gruppe Lichen hineingenommen werden. Alle übrigen Lichenarten sind aus dieser Gruppe zu eliminieren.

Jamieson (Edinburg) erkennt die Existenz des Lichen acuminatus an, der mit dem L. planus und L. scrophulosorum in eine Gruppe zu vereinigen ist. Der Lichen scrophulosorum ist eben nichts andres als der modifizierte Lichen ruber skrofulöser Individuen. Er kann mit Kaposi darin nicht übereinstimmen, daſs die Pityriasis rubra pilaris und der Lichen ruber acuminatus identische Prozesse seien. Wie erklärt sich denn Kaposi die verschiedene Intensität der beiden Krankheitsformen, von denen die eine gar keine nennenswerten Störungen des Allgemeinbefindens hervorruft, die andre hingegen gewöhnlich mit Marasmus einhergeht und selbst zum Tode führen kann? Wie kommt es, daſs Arsenik, welches doch auf den Lichen acuminatus eine ausgezeichnete Wirkung ausübt, bei der Pityriasis pilaris keinen Effekt hervorruft? Wie läſst sich dies mit der Annahme der Identität beider Prozesse vereinigen?

Hallopeau (Paris). Die bisher mit dem Namen Lichen versehenen Krankheiten haben hauptsächlich die papulöse Primäreffloreszenz als gemeinsames Merkmal. Diese besitzt jedoch nichts Charakteristisches. Die verschiedensten Krankheiten können zur Bildung von Papeln führen. Die Papeln des Lichen scrophulosorum können nicht

Digitized by Google

dieselben sein, wie die des Lichen planus, weil die letzteren sich nicht streng an die Follikel halten.

Weder Bazin, der behauptete, die Papeln des Lichen hätten eine besondere Form, noch Hebra, der sie typisch fand, haben uns dargelegt, worin diese Besonderheit oder Typizität besteht. So unterscheiden sich die Rauhigkeiten des Lichen tuberosus ganz besonders von den Plaques des Lichen planus, obwohl sie demselben Krankheitsprozesse angehören.

Des weiteren kann man nicht zugeben, dafs diese Papeln sich nicht weiter verändern, wie dies Hebra behauptet, da ja die Papeln des Lichen scrophulosorum ein Pustelchen tragen können, und der Lichen planus eine bullöse Form annehmen kann.

Die Einteilung der papulösen Affektionen in lichenoide und nicht lichenoide ist demnach ganz willkürlich.

Die einfachen und zirkumskripten Lichenformen können als Formen des Ekzems aufgefafst werden; der Lichen pilaris schliefst sich der Pityriasis pilaris, der Ichthyose oder der Xerodermia an; der Lichen agrius Vidal findet seinen Platz bei der Prurigo, und die Papeln des letzteren zeigen nach Leloirs Untersuchungen ganz bestimmte Verschiedenheiten von jenen des Lichen planus. Weyls Lichen acneique, die Lichen circumscriptus- und circinatus-Formen der Engländer sind nichts anderes als das Eczème acnéique von Lailler, das Flanellekzem Besniers, dessen seborrhoische Natur von Unna nachgewiesen wurde. Der Lichen scrophulosorum steht dem letzteren wahrscheinlich sehr nahe, das Ekzema seborrhoicum nimmt ja auch öfters eine lichenoide Form an. Den Namen Lichen verdient nur der von Wilson beschriebene, welcher akut oder chronisch sein kann. Bei der letzteren Form sind zu unterscheiden der Lichen planus, obtusus, acuminatus, tubereux corné, moniliformis und sclerosus. Die akute Form enthält einen Teil der unter dem Namen Lichen acuminatus beschriebenen Fälle.

Hans Hebra (Wien) hat mit grofsem Erstaunen gehört, dafs Kaposi den Lichen ruber seines Vaters mit der Pityriasis rubra pilaris für identisch erklärt. Dagegen protestiert er aus vollen Kräften. Dies steht nicht im Einklang mit dem, was sein Vater gelehrt hat. Gegen die Ausführungen Kaposis macht er folgendes geltend.

1. Die Thatsache, dafs eine Anzahl der Fälle von Lichen ruber Hebra mit Tod endigten, macht die Verwechselung mit der Pityriasis rubra pilaris unmöglich.

2. Das Befallensein des ganzen Körpers in hochgradiger Weise mit Symptomen allgemeiner Schwäche, Prostration, Albuminurie etc., welche bei Lichen ruber regelmäfsig beobachtet werden, sind bisher bei der Pityriasis rubra pilaris nicht erwähnt worden.

3. Nach längerer Dauer des Lichen ruber, und an den Stellen, wo er abheilt, entwickelt sich eine tiefe Pigmentation, welche bei der Devergieschen Krankheit nicht auftritt.

4. Bei der Pityriasis pilaris sind die Schleimhäute nie affiziert, während das Ergriffensein derselben (besonders Mundschleimhaut und Vagina) bei Lichen ruber beobachtet wurde.

5. Das papulöse Element beim Lichen ruber wird hauptsächlich durch die Infiltration des Corium gebildet, die Epidermisveränderung ist sekundär, bei der Devergieschen Krankheit ist hauptsächlich die Epidermis pathologisch verändert. Bei dem Lichen steigt also der Prozefs von unten aufwärts, bei der Pityriasis pilaris von oben abwärts.

Digitized by Google

Daraus folgert H., dafs Kaposi von den Lehren der Wiener Schule abgewichen ist, indem er — im Gegensatz zu Ferdinand Hebra — Lichen ruber und Pityriasis rubra zusammenwirft.

Caesar Boeck (Christiana) hat die Pityriasis pilaris in Norwegen und Paris studiert und ist der Überzeugung, dafs dieselbe nichts mit dem Lichen ruber zu thun habe. Er weist auf einige bisher noch unerwähnte Umstände hin, die dazu beitragen, die beiden Prozesse voneinander abzuscheiden. Die roten Plaques, oder die roten Flächen der Pityriasis pilaris sind ganz glatt, oft silberartig glänzend und fühlen sich häufig wie Seide, also noch feiner an, als die normale Haut. Sollen diese identisch sein mit der „peau chagriné", welche Hebra für seinen Lichen beschrieben hat? Gewifs nicht.

Man kann des weiteren die Hornschicht bei der Pityriasis rubra pilaris leicht in grofsen Lappen loslösen. Diese leichte Ablöslichkeit der Hornschicht gehört zur Charakteristik der Pityriasis pilaris. Beim Lichen ruber ist gerade das Entgegengesetzte der Fall. Die Hornschichten sind hier stark kohärent. Was die Efflorescenzen der Pityriasis pilaris betrifft, so kommt es häufig vor, dafs dieselben während eines grofsen Teiles des Verlaufes der Krankheit blafs bleiben. Glaubt wirklich jemand, dafs Hebra zur Bezeichnung dieser blassen Knötchen das Epitheton ruber gewählt hätte? Seiner Meinung nach ist die Pityriasis rubra einer der am besten definierten Krankheitsprozesse der Dermatologie.

Neumann (Wien) schliefst sich den Ausführungen Kaposis an. In Österreich hat er vorerst unter dem Namen Herpes iris, später als Dermatitis herpetiformis und endlich unter dem Namen Lichen planus den Wilsonschen Lichen beschrieben.

Unna (bedient sich in seinen Ausführungen der deutschen Sprache): Nachdem wir eben von Kaposi gehört haben, dafs er keinen Unterschied zwischen den aus Frankreich beschriebenen Fällen von Pityriasis rubra pilaris und seinem Lichen ruber acuminatus findet, so kann die Identität des Lichen ruber acuminatus Kaposi mit dem Lichen ruber Hebra nicht mehr aufrecht erhalten werden. Der Lichen ruber acuminatus Kaposi ist fortan nur als eine weitere Benennung der früher beschriebenen Pityriasis rubra Devergie aufzufassen. Damit sind aber die schweren Fälle des alten Hebra, welche seiner Beschreibung in der ersten Auflage seines Werkes zu Grunde liegen, nicht aus der Welt geschafft; sie müssen vielmehr durch neue Untersuchungen in ihr Recht gesetzt werden. 1884 habe ich versucht die Lücken, welche Hebra in bezug auf die Anfangsstadien seiner Krankheit gelassen, auszufüllen. Ich war damals der naiven Meinung, dafs in allen Ländern wohlcharakterisierte Fälle von Hebras Lichen ruber wohlbekannt seien. Ich suchte deshalb nicht sowohl die typischen Fälle als vielmehr die irgendwie eigentümlichen aus der Hamburger Epidemie von 1881—1883 aus. Es war nicht richtig von Robinson, nur den allerleichtesten Fall von den meinigen als meiner Ansicht nach typischen zu citieren. Meine Fälle waren durchweg schwere, und ich würde nie gewagt haben die Diagnose in jenen leichten Fällen zu stellen, wenn ich nicht zu gleicher Zeit eine ganze Serie typischer schwerer Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt hätte. Ich mufs, da meine Fälle in allen ihren klinischen Symptomen auf den Lichen ruber Hebra passen, die von mir beschriebene Form als identisch mit dem älteren Hebraschen Lichen ruber und als grundverschieden von dem jetzigen Lichen ruber acuminatus Kaposi (-Pityriasis rubra pilaris Devergie) erklären. Da der Beiname „acuminatus" erst von Kaposi eingeführt ist, jetzt aber von ihm auf eine von der Pityriasis rubra pilaris Devergie nicht zu unterscheidende Krankheit an-

Digitized by Google

gewandt wird, so ziehe ich den Namen acuminatus für meine Form zurück und nenne sie der neurotischen Symptome wegen Lichen ruber neuroticus.

Es erübrigt mir nur noch einiges gegen die Verwechslung von diesem echten Lichen ruber neuroticus mit jenen Lichen planus-Fällen zu sagen, welche sich durch die Massenhaftigkeit und Kleinheit der Papeln und durch die Akuität ihres Auftretens auszeichnen. Ich habe im letzten Jahre in meiner Klinik 4 Fälle derart gesehen. Alle zeigten neben gewöhnlichen Planuspapeln eine Menge ganz kleiner, fast punktförmiger Papeln, aber trotzdem handelte es sich lediglich um eine universelle miliare akutere Form des Wilsonschen Lichen, nicht um den Hebraschen und nicht um eine Mischform mit diesem, weil die nervösen Symptome des letzteren fehlten und auch im weiteren Verlaufe die Tendenz zum Marasmus ausblieb. Die Extensität und Akuität allein begründet also nicht die Diagnose Lichen ruber Hebra (neuroticus Unna), sondern das Befallensein anderer Organe aufser der Haut (Nervensystem, ähnlich wie bei der Lepra).

Schwimmer (Budapest): Rona, ein Schüler S.s., behauptete, dafs der Lichen acuminatus nicht existiere. S. ist andrer Meinung. Zwischen dem Lichen planus und dem Lichen acuminatus gibt es viele Ähnlichkeiten, jedoch man kann sie nicht für identische Prozesse erklären. Es gibt übrigens auch unter den Acuminatusfällen leichtere Fälle, wie ihm erinnerlich selbst unter den ersten Fällen Hebras, welche nicht zum Tode führten. Diese stehen dem Lichen planus näher, welcher sozusagen die leichtere Form des Lichenprozesses ist. Der Ansicht Unnas, als wäre der Lichen eine nervöse Krankheit, kann S. nicht beipflichten.

Malcolm Morris (London): Der Wilsonsche Lichen planus und der Lichen ruber stehen in ihren typischen Formen einander nahe, ja seien sogar miteinander identisch. Es seien atypische Formen, welche Differenzen zwischen den Lichenfällen erscheinen lassen. Die Pityriasis rubra ist eine Affektion, welche ganz gewifs von dem Lichen ruber verschieden ist.

Dubois-Havenith (Brüssel) hat während 8 Jahren keinen Fall von Lichen ruber acuminatus gesehen. Mit Rücksicht darauf, dafs Unna seinen Lichen acuminatus nun Lichen ruber neuroticus nennt, teilt er einen Fall vom Wilsonschen Lichen planus mit, bei welchem eine Alopecia areata barbae und später eine Zona als Affektionen, welche mit Veränderungen des Nervensystems zusammenhängen, sich entwickelten.

Unna weist, um seine Meinung über den Lichen neuroticus zu stützen, auf zwei Fälle Köbners hin, welche einen Zusammenhang mit Veränderungen des Nervensystems wahrscheinlich machen. Der eine ist ein Fall von halbseitigem Lichen planus des Penis, der andre ein ziemlich rasch sich entwickelnder Lichen acuminatus bei einer Frau mit Bulbärparalyse.

Leloir (Lille) stellt den Antrag, die Gruppe Lichen provisorisch fallen zu lassen.

Schiff (Wien): Aus dem bisherigen Gange der Verhandlungen geht hervor, dafs der mit schweren Allgemeinerscheinungen einhergehende Lichen ruber Hebra allein den Namen Lichen ruber verdient. Man kann hierzu noch das Epitheton constitutionalis, wegen der Allgemeinerscheinungen, oder, wie Unna vorschlägt, neuroticus setzen. Der Lichen ruber acuminatus Kaposi hat nach der Eröffnung Kaposis selbst höchst wahrscheinlich seine Existenzberechtigung verloren und ist nichts andres als die Pityriasis pilaris Devergie — Richaud — Besnier.

Besnier (Paris) konstatiert vor allem, dafs Hebra der erste war, der in die zerfahrene Gruppe des Lichen Ordnung gebracht hätte. Darüber stimmt die kom-

Digitized by Google

pakte Majorität der Anwesenden überein, daſs der gröſste Teil der lichenösen Affektionen aus der Gruppe Lichen wegzulassen ist. Und diese Entscheidung entspricht, wenn auch nicht dem Worte, so doch dem Geiste nach der Auffassung Hebras.

Er konstatiert des weiteren, daſs den Namen Lichen nur die Wilsonsche Gattung verdient. Der Hebrasche Typus ist hier nicht unterzubringen. Zu diesem sind teilweise Fälle von Pityriasis pilaris gezählt worden, was von nun an auch nicht mehr geschehen darf. Wahrscheinlich wurden von Hebra auch verschiedene Typen von gefährlichen Hautkrankheiten (Pityriasis rubra etc.) einbezogen. Jedenfalls muſs der Lichen ruber Typus Hebra einem weiteren Studium anheim gegeben werden.

Zu dem Wilsonschen Typus gehören: Kleinpapulöser Lichen (acuminatus), Lichen planus, gemischter Lichen, Lichen mit Riesenpapeln, Lichen obtusus Unna, Lichen moniliformis Kaposi, Lichen hypertrophicus, corneus und endlich der Lichen atrophicus Kaposi-Hallopeau.

Die amerikanischen Fälle von Lichen acuminatus, ebenso Boecks Fall von Pityriasis pilaris sind ganz sicher Pityriasis pilaris Devergie-Fälle.

Ähnliche Fälle wie die Unnaschen wurden bisher in Paris nicht gesehen. Weitere Beobachtungen werden uns erst die vollkommene Begründung dieser Klasse bringen. Dasselbe gilt vom Lichen scrophulosorum, der in Frankreich nicht gesehen wird.

De Amicis referiert über einen Fall von Lichen planus.

Kaposi: Nach den Beschreibungen, die ich gelesen, und nach den Abbildungen, die ich gesehen habe, kann ich unmöglich die Pityriasis pilaris Devergie vom Lichen acuminatus unterscheiden. Die Fälle, die ich mit dem Namen Lichen acuminatus versah, waren Hebras Fälle, und ich war es auch, der dieselben mit dem Lichen planus verwandt erklärte. Ich kann es nur wiederholen, daſs der Hebrasche Lichen ruber und mein Lichen acuminatus identisch sind, daſs sich also der Typus Kaposi vom Typus Hebra nicht unterscheiden lieſse.

Hebra wiederholt, daſs in der Lichengruppe von nun an nur der Wilsonsche und Hebrasche Typus zu unterscheiden sei. Kaposis Acuminatusfälle sind nichts andres als die Devergiesche Krankheit.

Unna erklärt ebenfalls, daſs nach den bisherigen Ausführungen Kaposis die Acuminatusfälle Kaposis nicht zum Hebraschen Typus gehören. Nur die von ihm beschriebenen Fälle sind zum Hebraschen Lichen ruber zu zählen, und somit ist er und nicht Kaposi der richtige Nachfolger und Interpret von Ferd. Hebra.

Vidal will provisorisch in die Lichengruppe gestellt sehen: die verschiedenen Varietäten des Wilsonschen Lichen (Lichen planus, Lichen planus corneus, L. obtusus, acuminatus, tuberosus corneus, verrucosus, sclerosus, moniliformis und vielleicht noch andre Arten), Prurigo, den Lichen Willani etc., kurz alle papulösen Affektionen.

Wie aus diesem Referate ersichtlich, ist die Lichenfrage durch die Diskussion viel klarer geworden. Wenn wir von Vidals Vortrag absehen, der mit seiner Meinung allein geblieben ist, so ergeben sich folgende Schlüsse mit Sicherheit.

In die Gruppe Lichen gehört mit Sicherheit nur der Wilsonsche Lichen.

Die Lichen acuminatus-Fälle sind nach dem Urteile ihres ersten Beobachters (Kaposi) von der früher beschriebenen Devergieschen Krankheit nicht verschieden und daher zu letzterer zu schlagen.

Die Pityriasis rubra pilaris ist mit dem Wilsonschen Lichen nicht in eine Gruppe zu stellen.

Digitized by Google

Der Hebrasche Typus des Lichen ruber ist nur dadurch zu „retten", wenn die demselben zu Grunde liegenden Krankengeschichten publiziert oder der im Hebra-schen Lehrbuche (erste Auflage) gelieferten Beschreibung ähnliche Fälle noch zur Beobachtung gelangen würden. Das erstere ist nun nicht mehr zu erhoffen, das letztere nach der langen beinahe ununterbrochenen Pause in der Beobachtung der Lichen ruber-Fälle seit Hebras Beschreibung nicht mehr wahrscheinlich. Es bleiben also nur noch die Fälle Unnas übrig, welche von nun an nicht mehr so sehr durch die der Hebraschen Beschreibung ähnlichen Symptome, als dadurch in die Lichengruppe gezählt werden müssen, weil sie sich zum Teile in Lichen planus umwandelten. Die Beobachtung ähnlicher Fälle in weiteren Kreisen wird diese Klasse der Dermatose vollkommen sicher stellen können.

Ref. glaubt auch folgern zu dürfen, dafs der Lichen scrophulosorum mit Unrecht in die Lichengruppe gerechnet wird. Wahrscheinlich wird derselbe in die Ekzem- oder Aknegruppe aufgehen.

Sitzung vom 6. August vormittags.

Präsident: Prof. de Amicis (Neapel).

Auf der Tagesordnung steht die

II. Frage.

Von der Pityriasis rubra und von den generalisierten, primitiven, exfoliativen Dermatitiden.

Die Frage der Pityriasis rubra hat nach den neueren Beobachtungen viel von der Hebraschen Einfachheit eingebüfst. Die von Hebra beschriebenen Pityriasis rubra-Fälle kamen mit so excessiver Seltenheit zur Beobachtung, dafs in vielen, insbesondere unter den französischen Dermatologen Zweifel über ihre Existenz auf stiegen. Aufserdem gelangten aber andre Krankheitsfälle zur Beobachtung, welche wohl mit der Pityriasis rubra die Röte und Schuppung als gemeinsame Symptome besafsen, von der Beschreibung Hebras aber so sehr abweichen, dafs sie mit separaten Namen versehen werden mufsten. So konnte Brocq in einer dieser Frage gewidmeten ausgezeichneten Studie die universellen, akuten Ausbrüche von Ekzemen, Psoriatiden und Lichen, sowie die nach langem Bestande derselben manchmal sich entwickelnden universellen Fälle derselben Erkrankungen und des Pemphigus (Herpétides exfoliatrices) und die Pityriasis rubra pilaris abgerechnet, noch 5 Klassen von Hautaffektionen unterscheiden, die alle mit Röte und Schuppung einhergehen, aber doch untereinander verschieden sind. Diese sind das Erythema scarlatiniforme desquamativum, die Dermatitis exfoliativa universalis, die Pityriasis rubra Hebra, die Pityriasis rubra benigna Vidal, und endlich Fälle, die in keine dieser Klassen hineinpafsten. Es fragte sich nun, ob alle diese und noch andre in eine Klasse zusammenzufassen wären oder nicht.

Die Diskussion hatte sich leider des eingehenderen nur der Frage von der Pityriasis rubra Hebra bemächtigt, nur wenige Redner befafsten sich mit der Frage der exfoliativen Dermatitiden.

Brocqs (Paris) Standpunkt hat sich seit dem Erscheinen seiner Arbeit kaum verändert. (Sein Vortrag erscheint demnächst in extenso in den *Monatsheften*.) Er unterscheidet in der Klasse Pityriasis rubra die folgenden Krankheiten: 1. Erythema scarlatiniforme desquamativum oder Dermatitis exfoliativa acuta benigna. 2. Dermatitis exfoliativa universalis subacuta. 3. Dermatitis exfoliativa generalis chronica. 4. Pityriasis rubra (Hebrascher Typus), und 5. Pityriasis rubra subacuta s. benigna.

Digitized by Google

Jamieson: Man bezeichnet unter dem Namen Pityriasis rubra oft Affektionen, welche von dem Hebraschen Typus absolut verschieden sind. So stellt man die verschiedenen exfoliativen Dermatitiden hierher.

Petrini (Galatz) ist der Meinung, dafs die Pityriasis rubra Hebra, die Dermatitis exfoliativa universalis und das Erythema scarlatiniforme desquamativum distinkte, wohlumschriebene Krankheitsformen sind.

Er hat einen Fall von Pityriasis rubra Hebra gesehen, der während der 8 Monate währenden Beobachtung immer den von Hebra beschriebenen Charakter beibehielt (Röte, Trockenheit, keine Verdickung der Haut, feine Abschilferung, Ausfall der Haare). Die mikroskopische Untersuchung wies eine starke Verengerung, ja sogar Obliteration durch Verdickung der Wand im Gefäfssystem des Coriums nach.

Auch der Krankheitstypus Erythema scarlatiniforme recidivans existiert und darf nicht mit den medikamentösen Erythemen oder denen ab ingestis verwechselt werden, welche sehr flüchtiger Natur sind. Die mikroskopische Untersuchung lieferte hier Verdickung der Hornschicht und des Stratum granulosum, Infiltration des Papillarkörpers um die Gefäfse zu tage. Die Zellen des Stratum Malpighi sind „atrophisch." Zwischen ihnen sieht man oft Wanderzellen.

Anschliefsend daran trägt P. die Krankengeschichte seines Falles vor, in welchem die Krankheit fünfmal recidivierte und bei jedem Recidiv an Intensität verlor.

Radcliffe Crocker (London) schliefst sich vollkommen der Brocqschen Klassifikation an. C. referiert einen typischen Fall von Pityriasis rubra, welcher mit rheumatischen Erscheinungen einherging.

Unna: Neben typischen Fällen von Pityriasis rubra kommen solche vor, welche höchstens durch die Verdickung der Haut von der Pityriasis rubra Hebra zu unterscheiden sind und letal endigen; ihr Beginn ist aber der eines Ekzema seborrhoicum. Diese Kranken verraten durch einen eigentümlichen, fettigen Geruch die Entstehung ihrer Krankheit aus dem Ekzema seborrhoicum. Unna hat 3 Fälle dieser Art beob, achtet. Eine dem Anfang und dem Aussehen nach typische Pityriasis rubra Hebra welche U. beobachtete, endete dagegen mit Heilung. Mangel der Hautverdickung (ursprüngliches Symptom der Hebraschen Krankheit) und Malignität gehen also keinenfalls parallel.

Vidal erwähnt ebenfalls einen Fall, welcher als trockenes, seborrhoisches Ekzem mit lamellösen Schuppen aufgetreten war, sich trotz aufmerksamer Behandlung generalisierte und immer mehr die Charaktere der Pityriasis rubra — Rötung und feine Abschuppung — annahm. Auch hier war jener eigentümliche Geruch vorhanden. Stellenweise (Achselhöhle) waren seborrhoische, sebo-purulente Massen vorhanden. Auch dieser Fall endete nach 6½ Monaten letal.

Schwimmer (Budapest) möchte den Namen Pityriasis rubra nur für die typischen schweren Fälle Hebras erhalten wissen. Fälle, die als Ekzeme debutieren, sind keine Pityriasis rubra. Was die Prognose dieser Krankheit anbelangt, so mufs aber auch die von Hebra geäufserte Ansicht modifiziert werden, da die Pityriasis rubra nicht immer tödlich verläuft. Anschliefsend daran demonstriert S. Abbildungen von Pityriasis rubra.

Kaposi: Die Pityriasis rubra ist eine überaus seltene Krankheit, die oft Jahre hindurch nicht zur Beobachtung gelangt. Ihre Diagnose ist sehr schwer zu stellen und es gehört grofse Übung und reiche Erfahrung dazu. Oft sind die

Digitized by Google

Schwierigkeiten der Diagnose ganz unüberwindlich. Die verschiedensten Krankheiten können ähnlich aussehen, dabei kann der letale Ausgang durch Nebenumstände herbeigeführt werden, während bei der Pityriasis rubra die Hautkrankheit es selbst ist, welche den schweren Verlauf und den letalen Ausgang verursacht. So z. B. sterben Kinder leicht an wiederholten einfachen Dermatitiden, während Erwachsene dieselben überstehen; ein andres Mal können Pityriasis rubra-ähnliche Hautaffektionen sich an septische Prozesse (Abscesse innerer Organe, die nicht diagnostiziert wurden) anschliefsen, und die Kranken sterben daran etc. Die falsche Diagnose Pityriasis rubra ist dann leicht möglich.

Man hat bei der Diagnose Pityriasis rubra hauptsächlich darauf zu achten, dafs hier die Haut rot, glatt, nicht verdickt ist; die Hauttemperatur ist erhöht, die Abschuppung fein. Die Affektion beginnt in der Gegend der Gelenke und führt nach Jahren, ohne dafs je eine Verdickung der Haut vorhanden gewesen wäre, zur Atrophie derselben.

Hebra bestätigt die Ausführungen Kaposis und referiert einen Fall mit akutem Anfang.

Besnier konstatiert, dafs in dieser Frage wohl alle Anwesenden darin übereinstimmen werden, dafs man nur einen Typus der Pityriasis rubra unterscheiden dürfe, und zwar den von Hebra; diejenigen Fälle, die als Ekzeme debutierten, sind exfoliative Dermatitiden. Die Klasse der Pityriasis rubra hat Hebra als erster aufgestellt. Was Devergie unter dem Namen Pityriasis rubra beschrieb, verdiente diesen Namen nicht, denn in der Devergieschen Beschreibung ist von einer Verdickung, von einem Feuchtwerden der Haut und von grofsen Hornlamellen die Rede.

Wenn wir also von nun an einen Fall mit dem Namen Pityriasis rubra versehen, dann mufs er vollkommen der Hebraschen Beschreibung entsprechen.

Das Resumé dieser Debatte ist in der kurzen Auseinandersetzung Besniers gegeben.

Es wurde noch mit der Diskussion über die dritte Frage begonnen, die ich aber, da sie in der nächstfolgenden Vormittagssitzung noch fortgesetzt wurde, dem Referate über die letztere anschliefsen werde.

Nachmittagssitzung.

Präsident: Professor Kaposi.

Es wird beschlossen, die Nachmittagssitzungen den von den Kongrefsmitgliedern gewählten Gegenständen zu widmen.

De Amicis beschreibt einen Fall von **multiplem, idiopatischem Keloid**, welches sich bei einer sehr nervösen jungen Frau entwickelte. Es traten in der Scapulo-humeral-Gegend, am Thorax, Bauch und an den Extremitäten symmetrisch Keloide von Senfkorn- bis Erbsengröfse, hell, dunkel oder violett-roter Farbe, beinahe von Knorpelhärte, von runder oder ovaler, auf der ältesten Stelle strangartiger Form auf. Die Zahl derselben beläuft sich auf 318. Bei der Entwickelung verursachten sie ein geringes stechendes Gefühl. Einige von ihnen bildeten sich zurück. An der Exzisionsstelle des einen entwickelte sich ein Narbenkeloid. Die Keloide waren alle isoliert. Die histologische Untersuchung zeigte, dafs das Keloid sich aus dem mittleren Teile des Corium entwickelt hatte; der oberste Teil desselben, sowie die Epidermis blieb frei. Er äufsert die Meinung, dafs die Tumoren sich hier auf nervöser Basis entwickelten. A. unterscheidet Narbenkeloide, Keloide nach Entzündungen (Akne-keloid) und spontane Keloide.

Digitized by Google

Diskussion:

Vidal hat auch einen Fall symmetrischer, spontaner Keloide gesehen, und auch er hält sie deshalb für trophoneurotischen Ursprungs.

Hardy: Bazin behauptete, die Keloide kämen nur bei skrofulösen Individuen vor. Gegen diese Ansicht habe ich immer angekämpft. Die Kranke von de Amicis hat auch nie Zeichen von Skrofulose gehabt. Ich glaube aber, dafs sich Narbenkeloide hauptsächlich bei Skrofulösen entwickeln. — Ich sah Keloide auch vollkommen verschwinden.

Kaposi weist auf die interessante Thatsache hin, dafs in gewissen Negerfamilien eine ausgesprochene Neigung zu Keloidbildung vorhanden sei. Wo immer sich jene Individuen nur im geringsten beschädigen, überall entstehen Keloide.

Arnozan: **Gefäfsveränderungen bei der Asphyxia localis.** Es wurde bisher angenommen, dafs die Gefäfsveränderungen bei der A. l. nur die kleinen Hautgefäfse beträfen. In seinem Falle von Sklerodaktylie waren die kollateralen Arteriolen der Finger und die Arcus palmares in hohem Grade endarteritisch. Es war eine Endarteritis obliterans vorhanden.

Schiff (Wien): **Behandlung der Brandwunden mit Jodoform.** (Erscheint in extenso in den *Monatsheften.*)

Diskussion:

Hebra hat mit der Jodoformbehandlung auch gute Resultate erzielt. In dem Stadium, wo die Schorfe schon abgestofsen sind und die Geschwüre sich mit Epidermis zu bedecken anfangen, ist Resorcin in 1 %iger Lösung zweimal täglich besser, die Überhäutung bei dieser Behandlung rascher.

Barthélemy: **Ätiologie und Behandlung der Akne.** Bouchard hat in seinen Studien über die Digestionsanomalien darauf hingewiesen, dafs die Akne — als Krankheitsprozefs und nicht als einfache Eruption genommen — sich häufig an Erweiterung des Magens anschliefse. Seit 5 Jahren hat B. in dieser Richtung Studien angestellt, und unter 169 Aknekranken fand er die manifesten Zeichen der Magenerweiterung 165 mal. Die Pubertät hat auf die Entwickelung der Krankheit ebenso wenig Einfluſs als das Klimakterium der Frauen. Hingegen fand er auf 28 Psoriasisfälle nur 8 mal, auf 59 Ekzemfälle 16 mal Magenerweiterung etc.; d. h. es kann also Magenerweiterung vorhanden sein, ohne dafs sich die Akne entwickelt. Was aber infolge der Intoxikation des Organismus mit den durch die Digestionsstörung hervorgebrachten Leukomainen immer vorhanden ist, das ist die Seborrhöe. Es gibt keine Akne ohne vorhergehende Seborrhöe. Die Magenerweiterung präpariert das Terrain für die Akne, indem sie den Organismus schwächt und indem sie die Seborrhöe hervorbringt. Wenn nun der akneogene Keim vorhanden ist, dann wird er auf dem gut vorbereiteten Boden üppig wuchern. Denn die Akne ist autoinokulabel, kontagiös wie der Furunkel, die Impetigo etc. Die Akne ist eine rote, flache Papel, welche ohne Hinzukommen andrer Mikroorganismen nie eine Pustel werden würde. In der gewöhnlichen pustulösen Form ist sie das Produkt einer Mischinfektion. Nach Gilbert soll der Staphylococcus albus die Ursache der Akne sein.

Aus dem bisherigen ist die Therapie der Akne leicht abzuleiten. Sie besteht in der Behandlung der Dyspepsie und ihrer Ursachen, in der Desinfektion des Darmtraktus vermittelst Abführmitteln, β-Naphthol etc., in Roborantien, in Verhinderung der Zersetzungen des Darminhalts (HCl, Pepsin) u. s. w.

Doch aufserdem ist eine sorgfältige Hautantisepsis vonnöten. Seifenwaschungen mit Sublimat-, Borax-, Naphtholseifen, dann Applikation von Salben oder Pasten von

Digitized by Google

Karbol und Schwefel, oder Salicyl-Bor-Zinkoxydpflaster. Auch Einreibungen mit Kampferalkohol sind nützlich. Greift die eiterige Entzündung mehr um sich, dann wendet man den erhitzten Platindraht an. Abscesse werden geöffnet und antiseptisch behandelt.

Jacquet (Paris): **Polymorphe Bromeruption** (Periadenitiden und Blasen). In dem von J. besprochenen Falle handelt es sich um eine 32jährige Frau, welche im Gesicht mehrere dicke, wuchernde Plaques von der Gröfse einer Haselnufs aufwies. Diese Plaques waren erhaben, von Drüsenmündungen durchbohrt, weich, schmerzlos, leicht blutend und eiterig. Auf den Handrücken konnte man einige mit trüber Flüssigkeit gefüllte Blasen beobachten. Die Frau nahm seit einem Monate Bromkali (2—3 g täglich), die Eruption datierte seit 22 Tagen. Sowohl im Urin als auch im Sekrete der Plaques war das Brom nachweisbar. Der Fall endigte letal. J. zieht folgende Schlüsse:

1. Die schweren Bromausschläge stellen sich nicht nur nach lange fortgesetztem Gebrauche oder Mifsbrauche des Bromkalium ein.

2. Histologisch handelt es sich dabei um Periadenitiden der Schweifsdrüsen und Talgfollikel.

3. Die erste Ursache der Eruptionen ist die Ausscheidung des Broms durch die Haut.

Diskussion:

Hardy erwähnt einen ähnlichen Fall, bei welchem nach 4—5 Tagen des Bromkaligebrauches (2 g täglich) sehr ernste kutane Symptome sich entwickelten.

Neumann erwähnt, dafs ähnliche Fälle oft schon nach geringen Dosen sich entwickeln.

Crocker glaubt, dafs die Ursache der Bromeruptionen darin zu suchen sei, dafs das Brom durch die Nieren nicht genügend ausgeschieden wird, sich an den Hautdrüsen fixiert und dieselben reizt.

Kaposi erwähnt einen Fall von sehr ausgebreitetem Bromexanthem eines Kindes, welches dadurch verursacht wurde, dafs die Mutter, welche ihr Kind säugte, Bromkali nahm.

Manassei trägt über die **Behandlung des Lymphoms vermittelst der Elektrizität** vor.

Morrison (Baltimore): **Die Pigmentbildung in der Haut des Negers.** (Der Vortrag erscheint demnächst in extenso in den *Monatsheften.*)

Perrin (Marseille): **Über Leukoplakia buccalis.** In seinem Falle (derselbe wird vorgestellt) handelt es sich um einen Mann von 44 Jahren, seit lange mit Syphilis behaftet, der seit 2 Jahren an Plaques muqueuses der Wangenschleimhaut leidet. Durch Tabak- und Alkoholmifsbrauch traten nun in der Folge vor allem weifse Flecke auf dem Zungenrücken auf, welche sich papillomatös und epitheliomatös umwandelten.

Die histologische Untersuchung lieferte folgendes zu tage:

1. In den Teilen, wo keine papillomatöse Veränderung vorhanden war, zeigte sich eine entzündliche Infiltration der Mucosa, eine Proliferation des Epithels, eine stark entwickelte Körnerschicht, welche nach Ranvier unter normalen Verhältnissen hier gar nicht vorkommt, und ein abnormer Verhornungsprozefs, indem die Hornschichten bis in ihre höchsten Lagen Keratohyalin enthalten.

2. In den papillomatös veränderten Partien findet man eine starke Wucherung des Epithels, deren Zapfen tief in die Mucosa dringen, breite Keratohyalinschichten

Digitized by Google

und Globes epidermiques. Im ganzen genommen ist dies nur eine stärkere Ausbildung des vorigen Prozesses.

Diskussion:

Leloir (Lille) unterscheidet vom histologischen Standpunkt aus folgende Perioden bei der Leukoplakia buccalis.

1. Die Mucosa wandelt sich so zu sagen in eine Oberhaut um, sie weist uns ein dickes Stratum granulosum auf. Diese „Haut" ist von einer Hyperkeratose befallen, welche die weifsen Plaques verursacht.

2. Auf diesen Plaques treten Fissuren und Geschwüre auf, um welche herum das Keratohyalin wieder verschwindet.

Schwimmer erwähnt, dafs er der erste war, der diesen Prozefs auch histologisch studierte. Er empfiehlt gegen die schmerzhaften Fissuren das Papayotinum purum.

Leloir bestätigt, dafs Schwimmer die erste histologische Untersuchung über die Leukoplakie geliefert hat, doch kannte er damals noch nicht Ranviers Untersuchungen über das Keratohyalin (Eleidin) und zog sie deshalb nicht in Betracht.

Zum Schlusse stellt Raymond (Paris) zwei Fälle von **Urticaria pigmentosa** vor. Er empfiehlt den Gebrauch der Mentholpomade.

Schwimmer hat vom Atropinum sulfuricum gute Erfolge gesehen.

Sitzung vom 7. August vormittags.

Präsident: M'Call Anderson.

III. Frage.

Vom Pemphigus. — Von den komplexen oder multiformen blasigen Dermatosen.

Brocq liest einen Brief des durch Krankheit am Erscheinen verhinderten Duhring vor, worin derselbe seinen Standpunkt der von ihm beschriebenen Affektion gegenüber insofern modifiziert, als er erklärt, nach der neuesten Beschreibung Kaposis die Impetigo herpetiformis nicht mehr zu derselben zu zählen. Dann fährt B. folgendermafsen fort:

Man verwechselt noch immer den Pemphigus mit den verschiedenen multiformen blasigen Eruptionen und stellt dieselben in dieselbe Klasse von Dermatosen. Es gibt jedoch unter den letzteren eine vollkommen wohlcharakterisierte und umschriebene Klasse — die **Dermatitis herpetiformis** von Duhring — welche vom Pemphigus loszulösen ist. Dieselbe ist charakterisiert

1. durch den Polymorphismus der Eruption;
2. durch schmerzhafte Empfindungen;
3. lange Dauer (durch Monate und Jahre nacheinander folgende Anfälle);
4. gutes Allgemeinbefinden trotz der langen Dauer und der Intensität der Ausbrüche.

Hieran anschliefsend erwähnt B. zwei neuere Beobachtungen von Dermatitis herpetiformis (Duhrings Krankheit) und trägt dann folgende Einteilung der „schmerzhaften, polymorphen Dermatitiden" vor:

1. Die chronische Form mit nacheinandor folgenden Ausbrüchen. Diese weist eine erythemato-papulöse, eine erythemato-vesikulöse, bullöse, pustulöse und hauptsächlich eine polymorphe oder typische Varietät auf.

2. Die subakute oder gutartige Form, bei welcher folgende Unterarten zu unterscheiden sind:

   a. eine recidivierende Form, deren Anfälle durch Intervalle vollkommener Ruhe voneinander abgeschieden sind;

Digitized by Google

b. eine Form, welche durch einen einzigen Anfall charakterisiert ist, der von mehreren zumeist subintrant. eintreffenden Eruptionen zusammengesetzt wird.

Auch bei diesen Formen können die Varietäten unterschieden werden, welche bei der chronischen Form erwähnt wurden, und auch hier ist die polymorphe die typische Form.

3. Der Herpes gestationis, eine recidivierende, polymorphe Blasenaffektion, welche während der Schwangerschaft oder in der ersten Woche nach der Geburt auftritt.

4. Die akute recidivierende oder nicht recidivierende Form, mit denselben Unterarten wie 1 und 2, und von verschiedener Dauer und Intensität.

Neumann spricht über den **Pemphigus vegetans**, welcher einen Krankheitstypus für sich bildet. Derselbe tritt anfangs in der Gegend der Genitalien, an der Innenfläche der Schenkel, in den Achselhöhlen und in der Mundhöhle auf und verbreitet sich bald über die ganze Körperoberfläche und auf die Schleimhäute des Pharynx, des Larynx, der Vulva, der Vagina, der Portio vaginalis uteri, des Anus. Der Tod tritt durch Marasmus verbunden mit Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems ein. Ähnliche kondylomatöse Wucherungen bei der Syphilis haben immer eine akute Entstehungsweise und zeigen nach längerem Bestande retrograde Veränderungen, während der Pemphigus veg. eine langsamere Entstehung besitzt, seine Efflorescensen sich immer vermehren und von einem aus Blasen zusammengesetzten Hofe umgeben sind.

Die Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Pemphigus vegetans ist besonders im Anfange sehr schwierig.

Crocker berichtet über einen von ihm beobachteten Fall vom Pemphigus vegetans.

Schwimmer anerkennt, dafs gewisse seltene Fälle von blasigen, ohne Erythem entstehenden, recidivierenden Affektionen unter dem Namen Dermatitis herpetiformis Duhring zusammenzufassen sind, nur will er die hierher zu zählenden Fälle wohl geprüft sehen und vermieden wissen, dafs schon unter andern Namen bekannte, wohlumschriebene Krankheiten (Herpes iris, diverse Formen des Pemphigus und Erythema etc.) hier eingereiht werden. Anschliefsend hieran demonstriert er Abbildungen von Dermatitis herpetiformis.

Kaposi hat gegen die Diagnose Dermatitis herpetiformis nichts einzuwenden, doch sei dieselbe noch keineswegs klargestellt. Er erinnert schon bei der Debatte über die Pityriasis rubra darauf hingewiesen zu haben, dafs die Röte und Schuppung allein nicht genügen um die Diagnose zu stellen. Man mufs verschiedene andre, nur dem geübten Fachmanne geläufige Umstände mit in Betracht ziehen. Ebenso steht die Sache auch bei der Dermatitis herpetiformis Duhrings. Der Brief Duhrings verdient von diesem Gesichtspunkte betrachtet volle Beachtung. Duhring konnte sich von der Impetigo herpetiformis nach den Beschreibungen allein keine klare Vorstellung machen, sowie aber die Tafeln Kaposis erschienen, erkannte er, dafs dies nicht seine Dermatitis herpetiformis sei. Duhring und Brocq haben die Symptome der Dermatitis herpetiformis klar dargelegt. Aber hat denn der Pemphigus nicht ähnliche Erscheinungen, und könnten daher nicht viele Fälle der Dermatitis herpetiformis nur Pemphigus sein? Es gibt Fälle von Pemphigus, welche mit vielen Erythemflecken und Blasen, welche sich täglich erneuern, mit Rückfällen, mit Schmerzen und Jucken einhergehen. Diese könnten ein Konstituens der Dermatitis

Digitized by Google

herpetiformis abgeben. Ähnliche Symptome hat auch der Pemphigus pruriginosus, der im weiteren Verlaufe beinahe so gefährlich ist, wie der Pemphigus foliaceus. Ein Geübter wird in diesen Fällen die Diagnose Pemphigus und nicht Dermatitis herpetiformis stellen.

Das Erythema multiforme erscheint auch unter ähnlichen Symptomen (Erythema urticans etc.), oft kann aber der Beginn des Pemphigus dem Erythema ähnlich sein.

Der Erfahrene wird auch hier die richtige Diagnose stellen, indem er in Betracht zieht, dafs die Erscheinungen des Erythema multiforme nicht an den Handgelenken, sondern auf Brust und behaartem Kopf auftreten. Also auch in diesen Fällen wäre die Diagnose Dermatitis herpetiformis unberechtigt. Der Kreis der letzteren wird eben um so enger, je reicher unsre Erfahrung ist. Der Fall von Dermatitis herpetiformis, welchen K. in der Abteilung Fournier's sah, ist ein Pemphigus, ebenso die von Schwimmer demonstrierten Abbildungen. — Man mufs des weiteren in Betracht ziehen, dafs der Pemphigus nicht immer tödlich verläuft (z. B. der Pemphigus solitarius).

Bei der Diagnose Dermatitis herpetiformis sind also vor allem die schon bekannten Dermatosen auszuschliefsen. Die übrig bleibenden Fälle mögen so benannt werden, und vielleicht bleiben überhaupt keine für diese Diagnose, welche eine Verlegenheitsdiagnose ist.

Unna stimmt mit Brocq vollkommen überein, dafs die Dermatitis herpetiformis eine wohlcharakterisierte, pathologische Entität bilde. Sie ist durch folgende Symptome charakterisiert, deren Wert für die Diagnose entsprechend der Reihenfolge, in welcher sie erwähnt werden, verschieden ist.

1. Spontane Rückfälle.
2. Hyper- und Parästhesien.
3. Polymorphismus.
4. Guter Allgemeinzustand.

Er schlägt anstatt des von Brocq acceptierten langen Namens die kurze Benennung Hydroa vor.

Die Varietäten der Krankheit sind die folgenden:

1. Hydroa communis, simplex.
2. Hydroa gravis.
3. Hydroa subacuta, benigna.
4. Hydroa gravidarum.
5. Hydroa puerorum.

Die letztere, neue Varietät, wird durch folgende Merkmale charakterisiert:

1. Anfang im ersten Lebensjahre.
2. Häufige Recidive.
3. Wenig ausgesprochener Polymorphismus.
4. Anfälle während der warmen Jahreszeit.
5. Vorwiegen schmerzhafter Empfindungen.
6. Akuität der Anfälle.
7. Depression im Allgemeinbefinden während des Anfalles.
8. Allmähliches Schwächerwerden der Anfälle.
9. Verschwinden der Affektion beim Erwachsenen.
10. Beschränktsein auf das männliche Geschlecht.

Die Affektion scheint hereditär zu sein.

Im übrigen erklärt Unna, dafs für die Dermatitis herpetiformis das Notwendige geschehen sei. Diese Krankheit ist nun gut beschrieben. So klar aber die Frage

Digitized by Google

der Dermatitis herpetiformis sei, so dunkel ist die vom Pemphigus. Da muſs noch Ordnung geschafft werden, und dies erwarten wir von der Wiener Schule.

Schwimmer: Man muſs mit den neuen Gesichtspunkten rechnen, neuere Erfahrungen in Betracht ziehen. Es ist zuzugeben, daſs nicht alle vesikulösen, generalisierten Dermatosen in die Klasse des Pemphigus passen. Wenn ja, warum hat denn Kaposi den Fall Wunderlichs — remittierendes Fieber mit Bläscheneruptionen — nicht auch mit dem Namen kleinblasiger Pemphigus, sondern mit dem eines Erythema iris et circinatum versehen. Nach den Darlegungen Kaposis könnte man in den meisten Fällen eine sichere Diagnose nur nach dem Tode oder nach der Heilung der betreffenden Fälle stellen.

Brocq protestiert dagegen, daſs die Diagnose Dermatitis herpetiformis eine Verlegenheitsdiagnose sei. Die Symptome dieser Krankheit sind nun so klar dargelegt, daſs man nur dann schwanken kann, wenn man die Affektion nicht genügend kennt. Mit dem Pemphigus ist dieselbe absolut nicht zu verwechseln. Niemand behauptet jedoch, daſs es nicht eine Menge vesikulöser und bullöser Affektionen gibt, die nicht in diese Klasse zu zählen sind. Es sind nun diese zu studieren und ganz besonders in die Frage des Pemphigus ähnliche Klarheit zu bringen, wie sie bei der Dermatitis herpetiformis herrscht. — Gegen den Namen Hydroa hat B. nichts einzuwenden; doch bemerkte er, daſs in Frankreich der Name Hydroa für den Herpes iris Bateman gebräuchlich ist. Er müſste daher für diesen aufgegeben werden.

Vidal will den Namen Hydroa für den Herpes iris Bateman beibehalten, da letzterer in Wahrheit kein Herpes sei.

Es werden nun von Feulard und Vidal zwei Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring vorgestellt und dann an die Beratung der

IV. Frage

geschritten. Dieselbe bezieht sich auf das **Trichophyton tonsurans** und auf die **Trichophytiasis.**

Butte: (Dieser Vortrag ist in der Hauptsache in den *Monatsheften* Bd. IX. No. 3. pag. 145 schon referiert.)

Die Behandlung der Trichophytie, welche Butte zur Anwendung brachte, besteht darin, daſs jeden zweiten Tag der ganze Kopf mit Seife und warmem Wasser gewaschen, dann abgetrocknet und endlich mit folgender Pomade eingerieben wird.

Lanolin 90 gramm
Jodprotochlorür 10 gramm.

Bei 9 in dieser Weise behandelten Kindern trat die vollkommene Heilung nach einer Behandlung von 3—5 Monaten ohne Epilation ein.

Quinquaud: Die spärlichen Erfolge, welche die älteren Behandlungsmethoden der Trichophytie erst nach langer Durchführung derselben lieferten, bewogen Quinquaud zur Modifikation derselben. Er behandelt jetzt seine Kranken in folgender Weise:

Der Kopf wird vorerst mit Seifenwasser gewaschen, dann mit folgender Mixtur eingerieben:

Quecksilberbijodür 0,15—0,20
Quecksilberchlorür 1,0

fest in einem Mörser zu zerreiben und in folgender Mischung aufzulösen:

Alkohol (96°) 40,0
Aqua destillata 250,0

Digitized by Google

Vorher werden die kranken Partien mit einem von Qu. für diesen Zweck konstruierten Instrument abgekratzt. Hiedurch wird ein grofser Teil der die Parasiten enthaltenden Schuppen und Haarstümpfe auf mechanischem Wege entfernt. Im Laufe der nächsten Woche kann man diesen Prozefs noch 1—2 mal wiederholen und danach die oben erwähnte Flüssigkeit einreiben. Nach weiteren 8 Tagen epiliert man die nun weniger brüchigen Haare. Der Intensität der Fälle gemäfs dauert diese Behandlung verschieden lange und man appliziert endlich folgendes Pflaster:

Hg-bijodür	0,20
Hg-bichlorür	1,0
Pflastermasse	250,0

Im Gegensatze zu den 7—8 geheilten Fällen früherer Jahre war die Zahl der definitiven Heilungen nach dieser Behandlung 112 im Jahre.

Besnier: Die Trichophytie führt nie zu Kahlheit, im Gegenteil, dieselbe heilt nach kürzerem oder längerem Bestande immer spontan. Die Behandlung mit parasiticiden Mitteln kann eine Dermatitis und damit Alopecie verursachen. Es ist daher eine exspektative Behandlung geboten.

Quinquaud: Meine Behandlung wirkt nicht reizend. Die spontane Heilung habe ich vergebens erwartet, während meine Behandlung mir manche Erfolge lieferte.

Besnier wird die Behandlungsmethode Quinquauds in Anwendung ziehen, bemerkt aber, dafs die Trichophytie einen sehr unregelmäfsigen Verlauf habe; sie kann ebenso 2 Jahre wie 2 Monate währen, und der Grund der raschen Heilung bleibt uns oft unbekannt. „So hatte ich Gelegenheit, mit Trichophytie behaftete 2 Kinder zu untersuchen, deren Mutter mir die Frage vorlegte, wie lange wohl die Krankheit derselben währen würde. Ich konnte ihr darauf unmöglich eine bestimmte Antwort geben, erklärte aber, dafs sie zumindest 3 Monate in Anspruch nehmen würde. Nach 6 Wochen — sie waren inzwischen in der Behandlung Unnas gewesen — wurden sie mir geheilt vorgestellt. Ich frage nun Unna, welche Methode er anwendet?“

Unna: Ich erinnere mich nicht mehr der von mir damals in Anwendung gebrachten Behandlung, doch ist es wohl möglich, wie schon Besnier angedeutet hat, dafs in diesen rasch zur Heilung gelangenden Fällen nicht allein die Behandlungsmethode der Grund des raschen Erfolges ist. Mein Standpunkt unterscheidet sich aber darin von dem Besniers, dafs ich glaube, dafs parasiticide Mittel in einer Form und Konzentration zur Anwendung gelangen können, in welcher sie die Pilze töten, ohne den Gewebselementen schädlich zu sein. In dieser Weise scheint mir das Chrysarobin bei gewissen Hautaffektionen zu wirken.

Vidal: Es ist leicht, den Herpes tonsurans der unbehaarten Partien zu heilen. Da der Parasit nur in den oberen Epidermisschichten sitzt. Jede Behandlung, welche eine Loslösung derselben hevorruft (Jodpinselung), entfernt mit den Hornlamellen die Pilze und die Krankheit.

Schwierig ist die Aufgabe auf den behaarten Teilen. Das Epilieren gelingt hier kaum, weil die Haare brüchig sind. Man wird höchstens die gesunden Haare ausziehen, die kranken brechen, und dabei werden noch die Keime in die Nachbarschaft disseminiert. Es entstehen neue Herde. Der Parasit vegetiert im Haarbalge bis die Entzündung und Vereiterung der Umgebung ihn herausschaft (wie beim Kerion). Andererseits ist es unmöglich, parasiticide Mittel so anzuwenden, dafs sie bis in die Tiefe des Haarbalges ihre Wirkung ausüben. Versuche, welche er mit H_2O_2 und Joddämpfen angestellt hatte, haben keine Heilungen, höchstens vorübergehende Besserung

Digitized by Google

ergeben. Er erhielt aber sehr gute Resultate mit einer Salbe, die ein Laie ihm einsandte. Diese bestand hauptsächlich aus ranziger Butter mit Beimengung von verschiedenen Kräutern ohne Bedeutung. Hiermit wurden die Kranken eingerieben und darauf eine impermeable Kappe aufgesetzt. Dieselbe Methode lieferte beim Favus keine Resultate. Was ist nun die Erklärung dieser Thatsache? Der Favus ist fähig, auch nach Luftabschluſs zu wachsen, er kann ins Corium eindringen, er ist anaërob. Der Pilz der Trichophytiasis hingegen ist aërob, er dringt nie in das Corium ein und lebt auch im Haarbalge in fortwährendem Kontakt mit der Luft. Vidal hat des weiteren mit Marfaud Untersuchungen in dieser Richtung angestellt und gefunden, daſs das Trichophyton unter Bedeckung mit Vaselin auf Agar-Agar nicht wächst. Auf Grund dieser Betrachtungen konstruierte er nun folgende Behandlungsmethode, von welcher er gute Erfolge (Heilung in 3—4 Monaten) sah. Nachdem das Haar kurz geschnitten wurde, folgt zur Entfettung des behaarten Kopfes eine Einreibung mit Terpentinessenz, dann Überpinselung der erkrankten Stellen mit Jodtinktur, endlich Bedeckung des behaarten Kopfes mit einer Lage von Vaselin, der eventuell 1% Acidum boricum oder Jod zugesetzt wird. Hierüber wird nun eine Kautschukkappe oder ein Stück Guttaperchapapier gelegt und gut niedergebunden. Man erneut den Verband täglich zweimal und wäscht dabei den Kopf jedesmal mit Seife. Die Jodpinselungen können, falls sie nicht reizen, täglich gemacht werden, im entgegengesetzten Falle alle drei bis vier Tage.

Bei der Trichophytiasis barbae ist besonders das Quecksilberpflaster anzuempfehlen, man erzielt damit sehr gute Erfolge. Ist die Haut stark gereizt und gerötet, dann pudert man vorerst und legt darauf das Emplastrum de Vigo an. Bei starker Eitersabsonderung soll der Verband täglich zweimal gewechselt werden.

Hallopeau wendet Laillers Methode an. Die Haare werden alle 8 Tage kurz geschnitten, allabendlich wird der behaarte Kopf mit einer Jodvaselinlage 1% bedeckt Von 20 so behandelten Fällen heilten 10 in kurzer Zeit.

Neumann: Die Trichophytiasis gehört in Wien zu den selteneren Krankheiten. Man behandelt sie dort mit Karbolsalben.

Besnier: Es ist auffällig, daſs die meisten Redner, welche sich bisher an der Diskussion beteiligten, Franzosen waren. Dies ist dadurch erklärlich, daſs die Trichophytie in Frankreich viel häufiger ist, als in andern Ländern, und doch — ich kann es versichern — werden in Frankreich mehr Vorkehrungen gegen dieselbe getroffen, als in vielen Ländern, wo sie selten vorkommt. Die Ursachen dieser ungleichen Verteilung sind noch unbekannt. Anderseits ist es ebenso auffällig, daſs es in Paris keinen autochthonen, keinen Favus bei Leuten, welche ständig in Paris wohnen, gibt, während auſserhalb der Fortifikationen von Paris, in der Umgebung sowie weiter im Lande und selbst in groſsen Städten, wie z. B. in Lyon, der Favus nichts Ungewöhnliches ist. Die Trichophytie hingegen ist an den letztgenannten Orten selten, selbst in Departements, wo die hygieinischen Verordnungen der Regierung nicht besonders eingehalten werden.

In Paris ist die Zahl der Trichophytischen enorm. Jeder der sechs Ärzte des Hospitals hat immerfort eine Menge solcher Fälle unter seiner Beobachtung, er selbst eine sich immerfort erneuernde Anzahl von über 100 ähnlicher Patienten.

Trotz dieser groſsen Erfahrung sind unsre therapeutischen Erfolge sehr prekäre, und ich kann nur Unnas Meinung beistimmen, welche er zum Ausdruck brachte, indem er sagte, daſs nicht er die Trichophytie geheilt habe, sondern, daſs sie spontan zur Heilung kam.

Digitized by Google

Die Prognose, die Dauer der einzelnen Fälle ist danach verschieden, als die Affektion kürzere oder längere Zeit dauerte, mehr oder weniger Plaques hervorbrachte, und dies müfste bei der Beurteilung der Behandlungsmethoden mit in Betracht gezogen werden. Da die Trichophytie nach einiger Zeit spontan heilt, so wird ein älterer Fall leichter der Behandlung weichen. Die Autoren müfsten also immer auch ihre Fälle näher beschreiben. Des weitern ist scharf zu unterscheiden zwischen der scheinbaren klinischen Heilung und der erst später zu konstatierenden definitiven, histologischen Heilung der Fälle. Bei letzterer wird das Mikroskop keine Pilze mehr entdecken dürfen.

Meine Behandlung besteht 1. in Abscheren der Haare; 2. in der Epilation der gesunden Haare in einer etwa $^1/_2$ cm breiten Zone um den trichophytischen Fleck. Die Trichophytiasis verbreitet sich nämlich von Haar zu Haar, und durch die eben geschilderte Prozedur wird ihrer Weiterverbreitung Einhalt gethan; 3. allabendliche Applikation von 1% Borvaseline; 4. Abwaschen des Morgens. Diese Methode gibt jedenfalls dieselben Resultate, wie die schon bisher bekannten, und verursacht nie Dermatitiden.

Ich will endlich noch auf eine Bemerkung Unnas zurückkommen. Unna glaubt nämlich, dafs es Mittel gebe, welche den Parasit direkt töten können. Ich bin entgegengesetzter Ansicht. Ich habe in einer Arbeit vom Jahre 1884 gezeigt, dafs unsere Mittel viel früher die Gewebszellen töten, als die Parasiten. Sie verdienen also nicht den Namen von parasiticiden Mitteln. Wenn diese Mittel irgend welche günstige Wirkung ausüben, so ist es durch den eliminatorischen Effekt, den sie produzieren, und welcher ähnlich durch mechanische reizende Einwirkungen hervorgerufen werden kann. Glaubt man wirklich den Parasit getötet zu haben, so nährt man eine Illusion ähnlich derjenigen der Jünger Listers, welche glaubten, durch Zerstäubung von Karbolwasser in einer nicht ätzenden Konzentration durch Karbolverbände die Mikroorganismen direkt getötet zu haben, während sie doch nur die Gewebszelle modifiziert, die Luft mechanisch gereinigt, die Hand des Operateurs und die Instrumente gereinigt und die Wundflächen durch Okklusivverbände (z. B. der Watteverband von A. Guérin) bedeckt hatten.

Wenn wir die Ärzte dahin bringen, parasiticide Mittel zu suchen und anzuwenden, anstatt sie zu lehren, die Gewebszelle zu modifizieren, das angegriffene und bedrohte Terrain zu sterilisieren, so werden wir sie auf Mittel bringen, welche dem Leben der Gewebe und insbesondere der hier in Betracht kommenden Haarfollikel gefährlich werden können.

Drysdale: In London wird die Trichophytie häufig beobachtet. Man behandelt sie mit häufigen Seifenwaschungen und Jodpinselungen.

Hebra: In Wien kommt die Trichophytiasis viel seltener zur Beobachtung. Besonders von der pustulösen Form, welche in Frankreich und England so häufig beobachtet wird, habe er kaum 10 Fälle beobachtet. Man behandelt sie in Wien mit Seifenwaschung und 10% Pyrogallussalbe. Diese Behandlung liefert auch bei dem Favus sehr rasche Heilerfolge.

Lutz (São Paolo) bemerkt, dafs die Trichophytieepidemien nach seiner Erfahrung hauptsächlich von mit Trichophytie behafteten Hunden ihren Ausgang nehmen.

Hiermit war die Diskussion über die vierte Frage geschlossen.

Quinquaud stellte nun einen Patienten seiner Abteilung vor, der mit **multiplem Cellulome epithéliale éruptif** behaftet war.

Über je einen ähnlichen Fall haben Jaquet und Darier (unter dem Namen Hydradenome, *Annales de Dermatologie et Syphilographie* 1887. Heft 5; ref. *Monatsh.*

Digitized by Google

f. prakt. Derm. 1888. pag. 106) und Török (unter dem Titel: Das Syringocystadenom; *Monatshefte für prakt. Dermatologie.* Bd. VIII. 1889. pag. 116) berichtet. Dieser Fall entspricht vollkommen den früher beschriebenen.

Er hält die Affektion für kongenitalen Ursprungs. Die Elemente der Geschwulst würden sich aus in die Cutis versprengten Epithelkeimen entwickeln, welche zu den Schweifsdrüsen in keinerlei Beziehung stehen. Den Namen Cellulom gibt er den Geschwülstchen, weil mit dem Wort Epithelioma in Frankreich der Begriff des Bösartigen verbunden ist, diese aber benigne Tumoren sind.

Sitzung vom 7. August nachmittags.

Präsident: Eusebio Castelo (Madrid).

Euthyboule spricht über einen Fall alljährlich im Frühjahre **periodisch wiederkehrender tertiärer Syphilis** bei einem 17jährigen Mädchen. Die ganze Oberfläche des Rumpfes der Patientin ist durch dasselbe in eine weite Narbenfläche umgewandelt worden.

Ducrey (Neapel): **Experimentelle Untersuchung über das Kontagium des weichen Schankers.** Von all den Untersuchern, die sich mit dieser Frage befafsten und den Infektionserreger des weichen Schankers auf künstlichem Nährboden zu kultivieren versuchten, scheint nur De Luca positive Erfolge erreicht zu haben. Ich konnte trotz ähnlicher Versuchsanordnung nicht zu demselben Resultate gelangen. Die von mir kultivierten Mikroorganismen haben nach der Impfung auf den Menschen nie einen weichen Schanker ergeben. Es scheint mir daher wahrscheinlich, dafs der Mikroorganismus des weichen Schankers auf künstlichem Nährboden überhaupt nicht zu kultivieren sei. Ich isolierte ihn daher durch fortlaufende Impfungen auf die Haut des Menschen. Die Impfungen wurden unter den nötigen antiseptischen Kautelen vorgenommen, und die Impfstelle mit einem sterilen Uhrschälchen bedeckt. Von Generation zu Generation verminderten sich nun die im ursprünglichen Schanker vorhandenen Bakterienarten, und in der 5—6. Generation enthielt der noch immer virulente Schanker konstant nur eine Bakterienart, die sich auf künstichem Nährboden nicht weiter entwickelte. Dieser Mikroorganismus hat die Länge von 1,47 μ und die Breite von 0,50 μ, abgerundete Enden und häufig eine etwas schlankere Mitte. Er kommt in und aufserhalb der Eiterzellen vor. Hieraus folgt:

1. Die Kontagiosität des weichen Schankers wird durch einen Bacillus hervorgebracht.

2. Dieser Mikroorganismus kann in den gebräuchlichen Nährmedien nicht kultiviert werden.

3. Alle bisher als Ursachen des weichen Schankers beschriebenen Mikroorganismen müssen verworfen werden. Die Inokulation des gewöhnlichen Eiters ruft also, entgegen den Behauptungen verschiedener Autoren, keinen Schanker hervor.

Weitere bakteriologische Untersuchungen haben ergeben, dafs die Bubonen, welche den weichen Schanker begleiten, den spezifischen Mikroorganismus des weichen Schankers nicht enthalten. Derselbe kann erst sekundär nach Eröffnung der Bubonen in dieselben gelangen. D. glaubt, dafs die Entzündung der Drüsen durch die Stoffwechselprodukte der Mikroorganismen des weichen Schankers verursacht werde.

Diskussion.

Petrini: Die Impfungen, welche er mit gewöhnlichem Eiter angestellt hat, gaben auch ihm insofern negative Resultate, als durch dieselben keine typischen weichen Schanker erzeugt wurden.

Digitized by Google

Fournier (Paris) hat unter antiseptischen Kautelen aus Bubonen Impfungen gemacht und in einigen Fällen positive Erfolge gehabt, d. h. typische weiche Schanker erzeugt. Er muſs also daran festhalten, daſs der Bubo schankrös sein kann, er ist es aber selten.

Neumann bekennt sich auf Grund der Beobachtung von 1200 Fällen als Anhänger der Dualitätslehre.

Houlky-Bey spricht über die **Syphilis in Konstantinopel** und über den **Effekt** der hypodermatisch zur Anwendung gelangten Quecksilbermittel. (In Bd. IX. Heft 3. pag. 149 der *Monatshefte* schon referiert. Ebenso pag. 148 der Vortrag von Cruyl über eine **neue subkutane Hg-Injektion.**)

Demonstration dreier Fälle von **Xeroderma pigmentosum** durch Quinquaud und Thibierge (Paris). Beide weisen auf die prägnantesten Symptome der Krankheit hin, besonders auf die Teleangiektasien der befallenen Partien, welche besonders durch äuſsere Einflüsse (Wind, Wärme etc.) stärker hervortreten; die Pigmentation, welche immer mehr an Dunkelheit zunimmt; verruköse und exulcerierende Epitheliome; Störungen des Stoffwechsels und des Allgemeinbefindens. Die Atrophie ist nach Qu. immer sekundär. Die Kranken sterben im 20—25. Lebensjahre. Gewöhnlich sind mehrere Mitglieder derselben Familie ergriffen. Zwei von Qu. vorgestellte Patientinnen sind Schwestern.

Pringle (London) zeigt die Abbildung eines von ihm beobachteten Falles von Xeroderma pigmentosum und die Photogramme der davon stammenden mikroskopischen Präparate. Der betreffende Fall war ein Mädchen von 8 Jahren, welches seit seinem zweiten Lebensjahre an dem Übel leidet. Die Pigmentation und Teleangiektasien waren stark ausgesprochen, die atrophischen Stellen fanden sich jedoch nur an den Wangen und an der Nase, wo sich auch 2 Epitheliome von der Gröſse einer halben Erbse befanden. Eines der letzteren wurde exstirpiert, die daraus angefertigten Präparate lieferten das Bild des Epithelioms. Eine Besserung des Zustandes (Schwächerwerden der Dermatitis und Ausbleiben der Entwickelung neuer Neoplasmen) wurden erzielt durch die Applikation einer Glycerin-Gelatine, welche 5—10% Quecksilber-Ammonchlorid enthielt. P. folgert: 1. auf die Existenz einer milderen Form des Xeroderma, bei welcher die Therapie eine Besserung, wenn nicht die vollkommene Heilung erwirken könnte; 2. auf die Möglichkeit einer bakteriellen Ursache der Krankheit, auf welche die Entstehung multipler Epitheliome aufmerksam macht.

Vidal macht darauf aufmerksam, daſs die Variola einen modifizierenden Einfluſs auf die Krankheit zu haben scheine. In einem Falle seiner Beobachtung verschwanden während einer interkurrierenden Variola die schon vorhandenen Epitheliome, kehrten aber nach 7—8 Monaten wieder zurück und der Kranke starb am Marasmus.

Schwimmer erwähnt einen Fall, welcher sich im Gegensatze zu den bisherigen, spät, d. h. bei einem 35jährigen Manne im Laufe von 10 Jahren entwickelt hatte. Auch dieser endete mit Tod.

Unna berührt die therapeutische Frage. Er hat fünf Fälle in einer Familie gesehen; in diesen Fällen schien Pyrogallussäure und Resorcin, sowie der Schutz vor Sonnenlicht einen bessernden Einfluſs zu haben.

Neumann: **Über die hereditäre Syphilis.** Die in dieser Richtung unternommenen Studien führten zu folgenden Resultaten:

1. Die syphilitische Mutter kann die Syphilis auf ihr Kind in jeder Phase der Syphilis vererben, ganz gleich, ob die Syphilis vor oder nach der Konzeption erworben wurde.

Digitized by Google

2. Die nach der Konzeption erworbene Syphilis vererbt sich selten auf den Fötus, besonders wenn die Infektion in den letzten Monaten der Schwangerschaft stattfand.

3. Geschah die Infektion nach der Konzeption, und war der Vater zur Zeit der Zeugung luetisch, dann stirbt gewöhnlich der Fötus in utero, oder das Kind kommt mit manifesten Zeichen der Syphilis zur Welt.

4. War der Vater zur Zeit der Zeugung nicht luetisch, dann herrschen dieselben Verhältnisse, wie bei der rein postkonzeptionellen Syphilis.

5. Eltern, deren Syphilis im Momente der Zeugung florid war, können jedoch ganz gesunde Nachkommen haben.

6. Hatte die Infektion vor der Konzeption stattgefunden, dann sind die Umstände der Nachkommenschaft um so günstiger, je entfernter der Zeitpunkt der Infektion liegt. Ebenso günstig wirkt eine antisyphilitische Behandlung (besonders mit Hg-Einreibungen), und man kann, nach ähnlicher Behandlung der Eltern, selbst vollkommen gesunde Kinder zur Welt kommen sehen.

7. Die besten Chancen für die Nachkommenschaft liefern die Fälle, wo die Infektion in den letzten Monaten der Schwangerschaft geschieht, die schlechtesten jene, wo die Infektion und Konzeption zu gleicher Zeit stattfand, oder der Vater zur Zeit der Zeugung recent luetisch war.

8. Die Syphilis des Vaters ist von hoher Bedeutung und Gefahr für die Nachkommenschaft.

9. Eine prolongierte merkurielle Behandlung, wie Hutchinson sie empfiehlt, ist von günstigem Einfluſs auf die Nachkommenschaft.

Über dasselbe Thema sprach noch Manssuroff.

In den Vormittagssitzungen vom 8. und 9. August (Präsidenten: Neumann und Unna) wurden die V. und VI. Frage diskutiert, welche ich, da sie sich auf das gemeinschaftliche Thema der Syphilis bezogen, in Zusammenhang referiere.

V. Frage.

Allgemeine Gesichtspunkte und Dauer der Behandlung der Syphilis.

VI. Frage.

Relative Häufigkeit der tertiären Syphilis. — Günstige Bedingungen ihrer Entwickelung.

Es wurde erst über die letztere diskutiert.

Neumann: Nach der Darlegung der Ansichten der verschiedenen Autoren über die Ursachen der tertiären Syphilis erklärt N., daſs die tertiäre Syphilis nicht etwa durch Metastasen bedingt sei, sondern durch Produkte des sekundären Stadiums, welche unter verschiedenen Einflüssen verschiedene Metamorphosen eingehen. Dazu gehört vor allem eine nicht lange genug fortgesetzte Behandlung, ferner die Lebensweise der Patienten, wobei namentlich der Genuſs geistiger Getränke, Entbehrung, Elend, schlechte Wohnung eine groſse Rolle spielen. Selbstverständlich ist das Vorhandensein konstitutioneller Krankheiten, wie Tuberkulose, Skrofulose, Skorbut, Malaria, Diabetes von gröſster Wichtigkeit. Eine leichte Läsion, die bei einem sonst gesunden Syphilitiker spurlos vorübergeht, erzeugt bei einem herabgekommenen sogleich einen Tophus; die Kälte erzeugt bei letzterem die heftigsten rheumatischen Schmerzen, ein längerer Marsch oder Ritt Gelenkaffektionen; Miſsbrauch alkoholischer Getränke oder des Tabaks sehr leicht das Gumma der Zunge. Diese Schlüsse stützen sich auf die Beobachtung von 700 Kranken.

Drysdales Vortrag ist in *Monatshefte*. Bd. IX. Heft 3. pag. 147 bereits referiert.

Digitized by Google

Mauriac (Paris): Es ist schwierig, sich über die Frage der relativen Häufigkeit der tertiären Syphilis zu äufsern, welche doch im ersten Augenblick so einfach zu sein scheint.

I. Die Krankheitserscheinungen, welche vor der tertiären Syphilis auftreten, liefern uns nur sehr vage und beschränkte Kenntnisse über das Auftreten der letzteren. Zwischen den verschiedenen Formen des Initialaffektes und den nahen und ganz besonders den späteren Erscheinungen der Syphilis gibt es keine strenge Übereinstimmung. Von der Induration und der Ulceration prophezeit die letztere, wenn sie stets ausgesprochen und phagedänisch ist, oft ähnliche Veränderungen der Haut und der Schleimhäute, aber man kann keineswegs daraus auf das Eintreffen der visceralen tertiären Syphilis folgern. Die schwersten Symptome der externen tertiären Syphilis schliefsen sich öfters an ganz aufserordentlich leichte Initialaffekte und Sekundärerscheinungen an. Ja, man könnte fast sagen, dafs der Mangel an Übereinstimmung zwischen der Schwere der frühen und späten Erscheinungen die Regel sei, und man kann aus der primitiven und sekundären Syphilis weder auf die Form, noch auf die Häufigkeit, noch auf die Topographie der tertiären Syphilis schliefsen. Nicht hierin finden wir die Antwort auf die gestellte Frage.

II. Finden wir sie in den Statistiken? Keine von ihnen hat einen absoluten Wert, ob sie nun aus der Privatpraxis oder aus der Spitalspraxis gewonnen wurden. Nach der von Rollett in Lyon gemachten Statistik werden 5% der Syphilitischen von tertiärer Syphilis befallen, nach Prof. Diday hingegen sind es 10—12%. Nach den diesbezüglichen Untersuchungen Mauriacs in Paris gibt es dort im Mittel 50000 Syphilitische, von welchen 2500—3000 tertiäre Erscheinungen aufweisen. Die Zahlen 8, 10, 12 bis 15% geben das Verhältnis der tertiären Syphilis zur gewöhnlichen ziemlich exakt an.

Man kennt nur unvollständig die Ursachen der tertiären Syphilis, weil die individuelle Disposition die Hauptrolle spielt.

III. Die Chronologie der tertiären Syphilis ist auch sehr unbestimmt, im allgemeinen trifft sie eher viel früher ein, als man gewöhnlich annimmt. Mauriac glaubt, dafs die tertiären Erscheinungen am häufigsten im dritten Jahre oder noch früher nach der Initialklerose auftreten, besonders im Gehirn, dessen Syphilome die gewöhnlichsten sind und am frühesten auftreten.

IV. Schlufsfolgerungen 1. Bei der acquirierten Syphilis tritt in 10—15% der Fälle tertiäre Syphilis auf.

2. Die externe tertiäre Syphilis, welche die Haut, das Unterhautzellgewebe, das Periost, den Knochen, die Genitalien etc. betrifft, ist die häufigste. Sie ist am leichtesten vorher zu sehen, weil sie oft sehr früh auftritt, wenn der Initialaffekt ulcerös und phagedänisch war. Die tertiären Knochenaffektionen sind jetzt seltener geworden. Am häufigsten kommt unter ihnen noch das Syphiloma pharyngonasale vor. Von der internen tertiären Syphilis ist die des Nervensystems an erster Stelle zu nennen. In ihrem frühen Eintreffen besteht auch die Hauptgefahr für Syphilisfälle geringen oder mittleren Grades. Die Leber-, Lungen-, Nieren-, Herzsyphilome sind unvergleichlich seltener.

3. Einige von den letzteren, z. B. die der Nieren, pflegen früh aufzutreten. Das Eintreffen der anderen ist in den ersten Jahren der Syphilis nicht zu befürchten.

Fournier spricht auf Grund seiner Beobachtungen an dem Krankenmaterial seiner Privatpraxis

I. von der „Verfallszeit“ (echéances) der tertiären Syphilis und über die verschiedenen Formen derselben und deren relative Häufigkeit. Die Privatpraxis scheint

Digitized by Google

ihm bei dieser Statistik mehr der Wahrheit entsprechende Resultate zu geben, da hier eine Auswahl der Kranken, wie sie im Hospitale willkürlich oder unwillkürlich stattfindet, nicht möglich sei. Während 29 Jahren hat er 2600 Fälle von Syphilis tertiaria in seiner Privatpraxis beobachtet, und diese Beobachtung führte ihn zu folgenden Schlüssen:

1. Die Manifestationen der tertiären Syphilis mehren sich rasch vom ersten bis zum dritten Jahre nach dem Primäraffekt.

2. Im dritten Jahre erreicht die Häufigkeit derselben ihren Höhepunkt.

3. Vom vierten bis zum elften Jahre vermindert sich die Zahl der tertiären Syphilisfälle ziemlich rasch, kontinuierlich und beinahe gleichmäßig. Die Zahl ist aber noch immer im Mittel ansehnlich.

4. In den folgenden zehn Jahren sinkt die Frequenz noch weiter, aber nur sehr langsam.

5. Vom 21.—30. Jahre bleibt die Zahl dieselbe, aber sehr niedrige. In dieser Periode ist die tertiäre Syphilis schon selten.

6. Nach diesem Zeitpunkte gelangt die tertiäre Syphilis nur ausnahmsweise zur Beobachtung.

Die tertiäre Syphilis kann also, entgegen den landläufigen Ansichten, sehr frühe, selbst in den ersten Monaten der Krankheit auftreten, am häufigsten aber im dritten Jahre.

II. Welche Affektionen setzen die tertiäre Periode zusammen? Und in welchem Verhältnis steht die Häufigkeit ihres Auftretens zueinander?

Vor allem ist die hohe Zahl der tertiären Läsionen der Genitalien zu bemerken — 157 auf 3429 tertiäre Manifestationen. Sie bestehen hauptsächlich in Läsionen, welchen Fournier den Namen Syphilides ulcereuses chancriformes gab und welche häufig irrtümlich für recidivierte syphilitische Schanker gehalten wurden.

An zweiter Stelle erwähnt F. Muskelatrophien peripherischen oder zentralen Ursprungs (19 Fälle) als tertiäre Erscheinungen.

Das höchste Interesse verdient aber die excessive Zahl der tertiären Syphilis des Nervensystems: 461 Fälle zentraler Syphilis; 77 Fälle medullärer, 11 cerebrospinaler Syphilis; 19 Fälle von Muskelatrophien; 73 Fälle partieller Paralysen (der Augenmuskel, des Facialis, Monoplegien) etc.; des weiteren 400 Fälle von Tabes; 32 Fälle von Paralysis universalis, und 9 Fälle von Störungen des Intellekts; in Summe 1085 Fälle tertiärer Syphilis des Nervensystems auf 3429 Fälle tertiärer Syphilis. Das Nervensystem wird also unzweifelhaft von der tertiären Syphilis am häufigsten heimgesucht. Man ist also noch zu folgenden Schlüssen berechtigt:

1. Die Hauptgefahr der tertiären Periode besteht in der excessiven Häufigkeit des Befallenwerdens des Nervensystems.

2. Das Virus der Syphilis, wie immer es beschaffen sei, ist ganz besonders ein wahres Gift des Nervensystems.

Haslund (Kopenhagen) basiert seine Ausführungen auf die Beobachtungen von 5118 Fällen von Syphilis, von welchen 514, also 9,9 %, tertiäre Erscheinungen boten. Von diesen waren 290 Männer (10,2 %) und 224 Weiber (9,5 %).

Die tertiären Erscheinungen traten bei den Männern zumeist im Alter zwischen 25—45 Jahren auf und zwar besonders in den ersten zwölf Jahren nach der Infektion. Vor allem befielen sie die Haut (147), dann das Nervensystem (95), die Knochen (65), die Schleimhäute (44), die inneren Organe (21 mal).

Bei den Weibern kamen die meisten Fälle zwischen dem 20.—40. Lebensjahre vor. Die Syphilis im allgemeinen ist bei dem Weibe, sowohl in der Sekundär- als in der

Digitized by Google

Tertiärperiode viel benigner, was dem regelmäfsigeren Leben desselben zuzuschreiben ist. Auch hier war die Haut am häufigsten befallen (193), dann folgt das Knochensystem (66), die Schleimhäute (52), das Nervensystem (38), die inneren Organe nur einmal.

Von diesen 514 Kranken waren 444 entweder ganz unbehandelt geblieben oder hatten nur eine ungenügende merkurielle Behandlung durchgemacht. Des weiteren spielt der Alkoholismus besonders bei den Männern eine Rolle, und wahrscheinlich ist diesem die häufige Lokalisation im Nervensystem zuzuschreiben. Weitere disponierende Ursachen sind: die Infektion im frühen Alter, kongenitale Syphilis oder andere Dyskrasien.

Die gut behandelten Fälle (Männer), welche trotzdem tertiär erkrankten, waren Alkoholiker, oder von Malaria befallene; oder die Behandlung hatte zu spät begonnen, oder die Infektion fand im späten Alter statt. Nur in zwei Fällen konnten ähnliche Gründe nicht gefunden werden, und es ist möglich, dafs in diesen Fällen vielleicht eine nicht gut durchgeführte Schmierkur oder die geringere Absorptionsfähigkeit der Haut den Grund hergab.

Von den gut behandelten Weibern, die trotzdem von der tertiären Syphilis befallen wurden, waren nur vier dem Alkoholismus ergeben, bei acht war die Syphilis, wie so oft bei den Weibern, nicht erkannt worden; drei von ihnen waren von Tuberkulose, Nephritis oder Hysterie befallen; eine hatte die Syphilis im späten Alter acquiriert; bei anderen war die Behandlung etwas unregelmäfsig gewesen, oder die betreffenden lebten in grofsem Elend.

Die Summe der gut behandelten Fälle, welche trotzdem tertiäre Syphilis acquirierten, ist 39.

Die prädisponierenden Ursachen der tertiären Syphilis sind also:

1. Vollkommenes Unterbleiben der merkuriellen Behandlung in der Sekundärperiode.
2. Unvollkommene oder ungenügende merkurielle Behandlung derselben, sei diese nun von zu kurzer Dauer gewesen, oder zu spät begonnen worden.
3. Alkoholismus.
4. Malaria und andere „klimatologische Fieber."
5. Vorhandensein einer anderen schweren chronischen Erkrankung.
6. Kongenitale Syphilis oder frühe Infektion.
7. Das Elend.
8. Das Nichtvertragenwerden des Quecksilbers.

Vajda (Wien). Von 198718 in die Hospitäler Wiens von 1870—1877 aufgenommenen Kranken waren 9737 syphilitisch. Von diesen wiesen 632 tertiäre Erscheinungen auf. 62% dieser Fälle hatte sich keiner antisyphilitischen Kur unterzogen. 38% waren behandelt worden und zwar:

25% mit Quecksilber,
13% mit Jod,
10% mit Jod und Quecksilber.

Die tertiäre Syphilis ist zwischen dem 28.—40. Lebensjahre am häufigsten. Tuberkulose, Alkoholismus, Malaria aggravieren die tertiäre Syphilis. Die Ernährung der Kranken leidet durch dieselbe in erheblichem Mafse. Das Gewicht der Männer ist im Mittel um 10, das der Frauen um 14 kg geringer als das entsprechende gesunder Individuen. Die tertiäre Syphilis ist also eine Krankheit der Schwachen oder der Geschwächten.

Zambaco (Konstantinopel) konstatiert, dafs er schon früher auf die Häufigkeit

Digitized by Google

der nervösen Syphilis hingewiesen habe, und ist erfreut, dies von Fournier bekräftigt zu sehen.

Leloir: Nach den Vorträgen Mauriacs, Fourniers und Haslungs, welche das frühe Auftreten der tertiären Syphilis hervorhoben, und welchen er sich vollkommen anschliefst, frägt sich L., ob die chronologische Klassifikation der Syphilide noch zuzulassen sei. Die chronologische Charakteristik der tertiären Syphilide hat nun keinen Wert mehr. Die Charakteristik wird durch den Umstand geliefert, dafs die nicht resolutiven Syphilome der tertiären Periode zum Zerfall des Gewebes, in welchem sie sich entwickeln, führen. Eine tertiäre Affektion ist also ein nicht resolutives, destruktives Syphilom, während die sekundären Erscheinungen als resolutive Syphilome zusammengefafst werden können.

V. Frage.

Allgemeine Gesichtspunkte und Dauer der Behandlung der Syphilis.

Präsident: Unna (Hamburg).

M. Call Anderson (Glasgow): Die antisyphilitische Behandlung soll, sowie die sekundären Symptome sich in überzeugender Weise entwickelt haben, begonnen werden und nicht früher. So lange nur der Schanker vorhanden ist, soll keine spezifische Behandlung eingeleitet werden, da es so häufig unmöglich ist, seine Spezifizität zu erkennen. Dem allgemeinen Gesundheitszustand ist vor allem Beachtung zu schenken, und tonische Mittel besonders bei skrofulösen und schwächlichen Individuen angezeigt. Dabei schreite man aber auch an die spezifische Behandlung. Man hat in letzter Zeit in Amerika das „liquid de Stillingia" gelobt, doch sah davon Anderson keinen Erfolg. Die Auffassung, als ob das Quecksilber nur in der Anfangsperiode von Nutzen sei, ist falsch. A. sah Erfolge in den letzten Perioden, wenn das Jodkalium selbst versagt hatte, und zwar ganz besonders bei den Affektionen des Nervensystems. Das Proto-Oleat des Quecksilbers nach Shoemaker ist das wirksamste Mittel für die Inunktionen; doch zieht A. subkutane Injektionen von Sublimat vor, denen Morphiuminjektionen vorangehen. Er setzt diese Behandlung etwa ein Jahr nach dem Verschwinden der Sekundärsymptome fort. Man kann aber trotzdem nicht sicher sein, spätere Erscheinungen der Syphilis verhindert zu haben. Er empfiehlt immer den Gebrauch des Quecksilbers 3—4 Monate hindurch vor der Eheschliefsung.

Die Vorträge von Langlebert und Diday sind in den *Monatsheften*. Bd. IX. Heft 3. pag. 146 u. 145 schon referiert.

Jullien. Die Magenerweiterung koincidiert häufig mit den tertiären Erscheinungen der Syphilis; sie ist teilweise Effekt der merkuriellen Behandlung, teilweise durch Veränderungen der Leber hervorgerufen. Die Leberaffektion — am häufigsten durch die Koincidenz von Syphilis und Alkoholismus bedingt — beginnt mit einer Kongestion und endigt als Cirrhosis atrophica oder hypertrophica.

Die Magenerkrankung ruft nervöse Symptome hervor, welche leicht mit Erscheinungen nervöser Syphilis verwechselt werden können und auch verwechselt wurden (Kopfschmerzen, Schwindel, psychische Störungen, Konvulsionen). Eine Behandlung der Magenaffektion bringt diese Erscheinungen zum Verschwinden.

Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose zwischen den eben beschriebenen Erscheinungen und denen der Nervensyphilis sind — ohne die Hilfe der Therapie — oft unüberwindlich. Doch ist in Betracht zu ziehen, dafs die Kopfschmerzen der Dyspeptischen intermittierend, nicht scharf lokalisiert, selten von dem schrecklichen

Digitized by Google

Gefühl des Druckes und Reifsens begleitet sind, wie die des Syphilitischen; dafs sie des Nachts verschwinden; dafs die Geistesabwesenheit weniger vollständig ist; die Schwindelanfälle weniger plötzlich auftreten und länger währen; die Aphasie oder die Dysphasie nur ausnahmsweise beobachtet wird. Bezeichnend ist aufserdem die Langsamkeit der Entwickelung dieser Erscheinungen.

Hat man es mit diesen Symptomen zu thun, dann mufs die Behandlung vor allem nur gegen die Dyspepsie gerichtet sein. Hat man eine solche versuchsweise eingeleitete Therapie hinter sich, dann ist es leicht zu entscheiden, ob diese Erscheinungen nur vom Magen abhängen oder auch der Syphilis zuzuschreiben sind. Im letzteren Falle ist die Syphilis energisch — aber ohne Hilfe von Seite des Magens, der selbst eine Therapie beansprucht — zu behandeln. Er empfiehlt die Injektionen von Kalomel und grauem Öl. Aufserdem kann noch Jodkalium in Dosen von 2—3—4 g in Milch gegeben werden.

Lelorr trägt die Ergebnisse seiner mit Tavernier gemeinsam gewonnenen Erfahrungen über Quecksilberinjektionen vor.

Von 1573 Injektionen wurden 875 mit folgender Masse gemacht:

Vaselinöl	12,0
Kalomel	1,0

Alle 8 Tage wurde eine halbe Pravaz-Spritze in die Glutäalmuskulatur je einer Seite injiziert.

642 Injektionen wurden gemacht mit:

Vaselinöl	12,0
Gelbes Quecksilberoxyd	1,0

Es wurden des weiteren 56 Injektionen von grauem Öl nach der Neisserschen Vorschrift gegeben:

Vaselinöl	40,0
Hg purif.	20,0
Tinct. benz. aeth.	5,0

Hier wurde alle 9 Tage 1/2 Spritze nur auf einer Seite injiziert.

Die subkutanen Injektionen wirken hauptsächlich auf die resolutiven Syphilide der Haut.

Die stärkste Wirkung übt das Kalomel, die schwächste das graue Öl aus.

Die Wirkung der Injektionen ist viel energischer als die der internen Verabreichung des Quecksilbers.

Die Wirkung auf die Schleimhäute, speziell auf die Plaques muqueuses, ist sehr gering oder vollkommen versagend.

Ihre Wirkung auf die nicht resolutiven Syphilome ist sehr unregelmäfsig; diese müssen mit Quecksilbereinreibungen und lokalen Hg-Applikationen behandelt werden.

Nach einer Injektion kann man folgende Unannehmlichkeiten beobachten:

1. Lokale oder irradiierte, oft sehr heftige Schmerzen, welche 1—3 oder selbst 9 Tage währen können.
2. Paresien der Unterextremitäten.
3. Entwickelung von Plaques muqueuses 4—5 Tage nach der Injektion.
4. Quecksilberausschläge der Glutäalgegend, welche vom Injektionspunkte ausgehen.
5. Quecksilberstomatitis.
6. Einfache oder blutige Diarrhöen in der Zwischenzeit zweier Injektionen.
7. Dermo-hypodermische Tumoren, welche nicht vereitern.

Digitized by Google

Die Kranken verlassen aus diesen Gründen eher das Krankenhaus, bevor sie sich in dieser Weise länger behandeln lassen. In der Privatklientel ist diese Behandlungsmethode kaum durchführbar. Des weiteren sind die mit Einreibungen behandelten Kranken viel mehr gegen Recidive geschützt, als diejenigen, bei welchen Injektionskuren durchgeführt wurden.

Leloir und Tavernier formieren daher ihr Urteil in folgenden Sätzen:

1. Die subkutanen Injektionen sollen nur bei den resolutiven — erythematösen — Syphiliden der Haut zur Anwendung gelangen.
2. Sie können angewendet werden, wenn diese Eruptionen sehr energisch und rasch entfernt werden sollen.
3. Sie können nur in der Hospitalpraxis und bei Individuen angewendet werden welche einige Tage im Bette bleiben können.
4. Sie sind bei der Behandlung der Dirnen anwendbar.
5. Sie haben auf die Syphilide der Schleimhäute keine nennenswerte Wirkung
6. Sie schützen nicht vor Recidiven.
7. Sie haben oft keine Wirkung, wo die Inunktionskur von Erfolg begleitet ist.
8. Bei den nicht resolutiven Syphilomen sollen sie nicht angewendet werden.
9. Ebenso wenig bei cerebrospinaler Syphilis oder
10. bei den Schwangeren oder
11. bei visceraler oder
12. infantiler Syphilis.
13. Die Injektionen können verschiedene unangenehme Zufälle hervorrufen, wie sie oben beschrieben wurden.

Infolge dieser Umstände ziehen L. und T. die Behandlung mit Einreibungen vor und zwar richten sie dieselbe folgendermafsen ein:

Die syphilitische Hauteruption behandeln sie mit Einreibungen. Nach Verschwinden derselben lassen sie, um die Kranken in einem Zustande der Quecksilberimprägnation zu halten, Quecksilberpillen innerlich nehmen. Von Zeit zu Zeit werden von neuem Einreibungen vorgenommen. Jeder neue Ausbruch der Syphilis wird mit Einreibungen bekämpft. Das Jodkalium geben sie erst vom zweiten Jahre angefangen.

Die merkurielle Behandlung beginnt nur mit der sicheren Ausbildung der sekundären Syphilide, einerseits weil man sich in der Diagnose des harten Schankers leicht irren kann, anderseits weil die Behandlung viel erfolgreicher zu sein scheint, wenn dieselbe erst mit dem Erscheinen der sekundären Symptome beginnt.

Schwimmer: Das Abwarten des Zeitpunktes, in welchem die Syphilis in voller Blüte ist, steht in eklatantem Widerspruche mit den Regeln der Therapie bei andern konstitutionellen Krankheiten (Tuberkulose, Diabetes etc.). Man kann sich wohl in der Diagnose irren, den Spezialisten wird dies aber nur ausnahmsweise passieren, keineswegs aber, wenn die Sklerose und die Drüsenanschwellungen wohl ausgebildet sind. In diesen Fällen mufs sogleich mit der antisyphilitischen Behandlung begonnen werden. Leloir behauptete, dafs die Syphilis leichter verlaufe, wenn man mit der Behandlung warte. S. behauptet das Gegenteil. Die Fälle ulceröser Syphilis, die er beobachtet hatte, waren immer erst spät behandelt worden.

Unter den Mitteln, welche zu Injektionszwecken sich eignen, hebt S. das Hg-Salicylat hervor, welches beinahe die Wirkungsfähigkeit des Kalomels erreicht. Nicht empfehlenswert ist das neuerdings empfohlene Hg thymolicum, welches Schmerzen, Abscesse etc. verursacht und an Wirkung dem vorigen nachsteht.

Neumann beginnt die Behandlung, so wie der Schanker verhärtet wird. Nach

Digitized by Google

Verschwinden der Symptome der Sekundärperiode mufs die Behandlung noch eine Zeitlang fortgesetzt werden. N. zieht die Einreibungen den Injektionen vor.

Kaposi hat bei der Anwendung des Kalomels nie Abscefsbildung gesehen, doch weist er die Anwendung dieses Mittels, so wie aller Injektionen mit unlöslichen Quecksilbersalzen aus andern Gründen zurück. Man hat schon früher gefährliche Zufälle nach ähnlichen Injektionen gesehen, er sah einen Fall nach 2 Injektionen mit grauem Öl unter den Symptomen akuter Quecksilberintoxikation letal endigen (Stomatitis und Gingivitis necrotica, Diarrhöe etc. — Bei der Sektion fand man eine Colitis necrotica). Die zweite Injektionsstelle wurde chemisch untersucht und in derselben fanden sich noch 6 Wochen nach der erfolgten Injektion 70 % des injizierten Quecksilbers vor. Die erste enthielt noch beinahe die ganze Menge des injizierten Quecksilbers. Die Resorption war also eine minimale, und doch trat eine letale Intoxikation ein. In andern Fällen kamen die Patienten 6—10 Wochen nach erfolgter Heilung ihrer Syphilis und Entlassung aus dem Hospitale mit Stomatitis und Gingivitis necrotica zurück. Die Injektionen mit löslichen Salzen bergen diese Gefahren nicht in sich. Wir können zwar die Menge des zu injizierenden Quecksilbers abmessen, nicht aber die des zur Resorption gelangenden, und können dann gegebenen Falles die durch die Hg-Resorption entstandene Gefahr nicht verhüten. Bei den Einreibungen wissen wir zwar nicht, wie viel Quecksilber und in welcher Weise dasselbe von der Haut resorbiert wird, wir sehen aber, dafs sie gut wirken, und wenn Intoxikationserscheinungen auftreten, so können wir die weitere Aufnahme des Quecksilbers unterbrechen. Dies ist bei den Injektionen unmöglich, aus der einmal einverleibten Menge wird die Aufsaugung und Intoxikation sich, trotz aller unsrer Bemühungen es zu verhindern, weiter fortsetzen.

Castelo: Die antisyphilitische Behandlung soll früh begonnen und mit den notwendigen Unterbrechungen lange fortgesetzt werden. Es ist empfehlenswert, die Quecksilber- und Jodbehandlung miteinander zu verbinden.

Schuster (Aachen) ist überzeugt, dafs die Injektionen von insolublen Quecksilbersalzen gefährlich sind. Er selbst hat in seiner Praxis viele unangenehme Zufälle erfahren. So lange wir die Regeln der Resorption dieser Salze nicht genau kennen, dürfen diese Injektionen nicht als Methode hingestellt werden.

Rosolimos (Athen): Es gibt Fälle von Syphilis, welche den gewöhnlichen Behandlungsmethoden (Einreibungen, Hg und JK innerlich) widerstehen, weil die Absorptionsfähigkeit verringert oder überhaupt vernichtet ist infolge von Angewöhnung, Entzündung oder individueller Prädispotition. In diesen Fällen sind die Injektionen angezeigt. Da die letzteren die sekundären Erscheinungen nicht verhindern, soll man mit dem Beginnen der Behandlung bis zum Auftreten derselben warten.

Dü Castel (Paris): Der kurative und präventive Erfolg der Injektionen bleibt oft aus, das Auftreten ulceröser Formen scheint manchmal durch dieselben erleichtert zu werden. Auch steht es noch nicht fest, ob die inneren Organe, namentlich Nieren und Gehirn, dieselben gut vertragen. Ihr einziger Vorteil ist der günstige Einfluſs, den sie auf den Kopfschmerz bei Syphilis ausüben.

Leloir: Indem ich den Rat erteile, mit der Behandlung der Syphilis nach dem Erscheinen der Sekundäreffloreszenzen zu beginnen, stehe ich mit Diday, Anderson, Langlebert, Boeck und Unna in Übereinstimmung. Ist H. Schwimmer sicher, durch frühe Hg-Gaben die Sekundärerscheinungen zu vermeiden?

Digitized by Google

Schwimmer: Die Syphilis ist eine eminent chronische Krankheit, die Recidive machen kann, wie immer man sie behandelt. Man kann daher nicht sagen, man heile die Syphilis; je früher man sie aber behandle, desto weniger hat sie Gelegenheit, schwer zu verlaufen und zu recidivieren.

Dubois-Havenith: Wann soll man mit der merkuriellen Behandlung beginnen? — Mit Rücksicht auf diese Frage ist folgender Fall von Interesse, den ich mit meinem Freunde Lelorr beobachtete. Ich befand mich in einer ziemlich schwierigen Position. Einer meiner Patienten, im Alter von 60 Jahren, hatte seinen letzten Coitus zu Anfang Juli des vergangenen Jahres ausgeübt. Gegen den 1. August entstand eine Erosion am Präputium, welche sich bald darauf beträchtlich verhärtete. Gleichzeitig entwickelte sich eine Phimosis. Ich stellte die Diagnose: syphilitischer Schanker des Präputium. Die Drüsen waren nicht angeschwollen. Auf Rat Lelorrs stand ich von der Exzision der Initialaffektion und von der frühzeitigen Behandlung der Syphilis ab. Seit einem Jahre erwarten wir nun das Erscheinen der sekundären Symptome bei dem Kranken — den ich alle 5 Tage untersuche; dieselben wollen sich aber nicht zeigen. Es ist leicht ersichtlich, welche Folgerungen die Anhänger der frühzeitigen Behandlung aus diesem Falle hätten ziehen können, wenn ich nicht vorgezogen hätte, zur Diagnose der konstitutionellen Syphilis aufser dem hier typischen Initialaffekt noch die Sekundärerscheinungen abzuwarten und daher die Behandlung verschob.

Lancereaux: Die Fälle der nicht behandelten und von Folgeerscheinungen nicht begleiteten Syphilis sind nicht selten. Manchmal endet sie nach der primären, häufiger nach der sekundären Periode abortiv.

Petrini gibt seinen Kranken durch 10 Tage täglich eine Pille von 0,10 Quecksilbertannat, später 2 Pillen. Die Behandlung dauert 25—30 Tage. Die Erscheinungen der Syphilis vergehen dann sehr rasch. Dieses Salz wird in grofser Menge mit dem Speichel abgesondert, weshalb zur Vermeidung der Stomatitis die nötigen Vorkehrungen zu treffen sind.

Mauriac: Man soll die Syphilis nicht behandeln, wenn sie latent ist. Die beste, gebräuchlichste und bequemste Methode der Hg-Verabreichung ist die per os. Die Inunktionen und Injektionen sollen nur ausnahmsweise unter bestimmten Bedingungen angewendet werden, sie sind mit gröfseren Gefahren verbunden und verhindern ebenfalls nicht die Recidive. Man beginne die Behandlung in dem Momente, wo man sicher ist, dafs der Schanker spezifisch ist. Dies ist nur einfach logisch. Von Zeit zu Zeit unterbricht man die Behandlung, um den Organismus ausruhen zu lassen. In den leichten Fällen genügt das Quecksilber, in den schweren Fällen mufs dabei noch das Jod in Anwendung gezogen werden. Der spontane Heilungstrieb des Organismus wird von Phase zu Phase geringer und verschwindet in der Tertiärperiode vollständig. Neben der spezifischen Behandlung ist dem Allgemeinzustand auch Rechnung zu tragen und hygieinische Mafsregeln zu treffen.

Watraszewski (Warschau): Die Injektion der Quecksilbersalze ist aus verschiedenen Gründen gefährlich; sie ruft eine oft sehr starke örtliche Reizung hervor, nach ihrer Aufsaugung können sie zu tödlicher Intoxikation führen, und endlich können Hg-Partikelchen, wenn die Injektion in eine Vene eindringt, in die Lunge verschleppt werden und dort schwere Störungen hervorrufen.

W. stellte diesbezüglich Versuche bei Katzen an, denen er graues Öl und gelbes Hg-Oxyd in die Jugularvenen spritzte. Er fand:

Digitized by Google

1. Die Injektionen mit grauem Öl rufen ausgebreitete lobuläre Pneumonie hervor.

2. Dieselben Veränderungen waren beim gelben Hg-Oxyd noch stärker ausgeprägt.

Die Veränderungen waren weniger schwere, wenn man statt der Vaseline Gummi als Vehikulum benützte, da letzteres sich besser mit dem Blute mischte, während die sich nicht vermischende Vaseline mit den Hg-Partikelchen in die Lungen gelangte.

Balzer hat bei seinen Injektionen nie schwere Zufälle gesehen. Freilich ist es nicht leicht diese Behandlungsweise anzuwenden und muſs sie für die Hospitalspraxis reserviert bleiben.

Die Nachmittagssitzungen vom 8. und 9., und die Vormittagssitzung vom 10. August waren den von den Teilnehmern des Kongresses gewählten Gegenständen gewidmet. (Präsidenten Schwimmer, James White, Kalindero.) Wegen der groſsen Anzahl der angemeldeten Vorträge wurde beschlossen, gleichzeitig zwei parallele Sitzungen zu halten, von welchen eine den das Bereich der Syphilis, die andre die Dermatologie betreffenden Gegenständen gewidmet war. In diesen Sitzungen wurden folgende Vorträge gehalten.

Unna: **Über Neurosyphilide und Neurolepride.** (Der Vortrag erscheint in extenso in den *Ergänzungsheften der Monatshefte für prakt. Dermatologie.*)

Diskussion.

Neumann: Die syphilitische Entzündung der Nerven ist selten. Er sah 3 Fälle im letzten Jahre.

Boeck erwähnt anschlieſsend an Unnas Vortrag die Beschreibung, welche Danielsen von den pathologischen Veränderungen bei der Lepra nervorum lieferte. Nachdem D. den mikroskopischen Befund in den exzidierten frisch ergriffenen Flecken geschildert hatte, fährt er folgendermaſsen fort: „Im Fettgewebe der Haut konnte man einige feine Nervenramifikationen bemerken, welche in die von den Flecken eingenommene Partie der Haut eindrangen und welche an der äuſseren Oberfläche des Neurilemms einen rosigen Teint aufwiesen. Bei Betrachtung mit einer starken Lupe erwies sich die Färbung als von erweiterten Gefäſsen verursacht. An der Innenfläche des Neurilemms und an den Nervenfasern selbst war keine Rötung wahrzunehmen. Später, als die Flecke ihre intensive Farbe verloren hatten, blaſs und eingesunken waren, konnte man im Fettgewebe Nervenverästelungen finden, welche beträchtlich verdickt und an der Oberfläche bräunlich-rot waren. Dieselbe Farbe zeigte die Innenfläche des verdickten Neurilemms, während die Nervenfasern rosig und etwas angeschwollen waren. Waren die Flecke ganz weiſs und die Sensibilität der entsprechenden Hautstelle ganz erloschen, dann fand man die feinen Nervenramifikationen in weitem Umkreise verdickt und durch die ganze Dicke braunrot."

Zambaco (Konstantinopel) ist Anhänger der Ansicht, daſs die Lepra nicht bacillärer Natur sei. Denn im Beginne der Lepra, wo es nur Anästhesien gibt, wo man eventuell nur erysipelatöse Anfälle beobachtet, findet man keine Bacillen in der Haut. Arning hätte bei ähnlichen Fällen selbst in inneren Organen keine gefunden. Z. frägt nun Unna, ob in den eben beschriebenen Fällen Bacillen in der Haut gefunden wurden. Kann in ähnlichen Fällen die Diagnose durch den mikroskopischen Bacillenbefund gemacht werden?

Leloir bestätigt die Untersuchungen Unnas um so eher, da er auch entsprechende Untersuchungen bei Lepra nervorum angestellt hatte. Auch ähnliche Fälle von syphilitischen Exanthemen, welche ganz den annulären Flecken der Leprösen ähnelten, hat L. in drei Fällen beobachtet. Gegen Zambaco gewendet erklärt Leloir, daſs man

Digitized by Google

wohl bei Lepra anaesthetica in der Haut keine Bacillen finde, immer aber in den Nerven. Die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung bei der Lepra tuberosa hingegen ist sehr leicht.

Lutz: Es gibt keine nervöse Lepraform, bei welcher nicht schon sehr früh Anästhesien und Hyperästhesien auftreten, welche die Stellung der Diagnose erlauben.

Balzer: **Die sekundären Syphilide der Scheide.** Um die Syphilide der Scheide entdecken zu können, muſs der Untersuchung mit dem Speculum eine Ausspülung der Vagina vorangehen. Im hinteren Teile der Scheide ist die papulöse Form die häufigste; dieselbe kann allein oder mit Plaques des Uterushalses vergesellschaftet vorkommen. Die erosive Form kommt auch in Form von Flecken oder Streifen von rötlicher oder weiſslicher Farbe vor. Sind Plaques des collum uteri vorhanden, dann entwickeln sich an Kontaktstellen der Vaginalschleimhaut Syphilide. Es gibt übrigens Fälle, welche den Gedanken nahelegen, daſs nicht die spezifische Erkrankung des Uterushalses, sondern eine beliebige Ulceration oder chronische Entzündung, welche reizend auf die Kontaktstelle wirkt (z. B. bei Anteflexion), das Syphilid der betreffenden Schleimhautpartie hervorruft.

In der mittleren Partie der Scheide sind die Syphilide etwas seltener. Es kommen da auch mit Rhagaden versehene Plaques muqueuses, ähnlich wie in der Analgegend, und ulceröse Formen vor.

Es ist überflüssig, auf die Wichtigkeit der Diagnose dieser Syphilide — mit Rücksicht auf die Ansteckung — weiter einzugehen. Es ist um so notwendiger, sie aufzusuchen, als sie oft die einzigen Manifestationen der Syphilis bilden.

Hallopeau: **Über eine neue Form von pustulöser Dermatitis mit exzentrisch weiterschreitenden Herden.** Diese Affektion wird durch miliäre vesiko-pustulöse Eruptionen gebildet, welche isoliert oder in der Umgebung der älteren Herde auftreten; diese vermehren sich exzentrisch und werden von Anschwellung und Rötung der Haut und von intensivem Jucken begleitet. Sie nehmen eine zirkuläre Anordnung an, vereinigen sich zu polycyklischen Plaques, bedecken sich mit einer dicken Kruste und, indem sie sich weiter peripherisch verbreiten, erlöschen sie im Zentrum. Sie lassen gewöhnlich nur stärkere Pigmentationen zurück und befallen mit Vorliebe die behaarten Gegenden, den behaarten Kopf, die Achselhöhle, die Gegend der Vulva. Sie kommen jedoch auch auf unbehaarten Stellen (Hände, Sternum, Schenkel) vor. Die Schleimhaut der Mundhöhle bietet dieselben Veränderungen dar. Die Wangenschleimhaut, das Gaumensegel, der Zungenrücken sind von zahlreichen Eiterherden und mit mamelonierten (warzigen) Wucherungen und Rhagaden bedeckt. Besonders die Zunge hat das Aussehen der syphitischen.

Die Plaques der Haut können sehr groſs (bis zu 10 cm im Durchmesser und noch mehr) werden. Gewöhnlich lassen sie kleine Narben zurück, doch sah man nach einer am Finger aufgetretenen Eiterung die betreffende Phalange nekrosieren.

Das Allgemeinbefinden ist nicht gestört. Die Krankheit währt mehrere Jahre hindurch.

Die von Wickham angestellte bakteriologische Untersuchung ergab das Vorhandensein von Staphylokokken, besonders des Staphylococcus albus. Es ist jedoch wahrscheinlich, daſs nicht diese, sondern irgend ein noch unbekannter Mikroorganismus die Ursache der Krankheit sei.

Die Diagnose war mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Das postulöse Syphilid Duhrings war leicht auszuschlieſsen, schwerer hingegen die Impetigo herpetiformis Hebra. Indessen sprachen der Umstand, daſs die Krankheit sich auſserhalb der Schwangerschaft und des Puerperium entwickelte, ihre Dauer, ihre Gutartigkeit, die

Digitized by Google

tiefen Suppurationen, die Infiltration und Induration des Corium und endlich die Abwesenheit der Störungen von Seite des Allgemeinbefindens für die Separierung dieser Affektion von der Impetigo contagiosa und Aufstellung derselben als neue Krankheitsgattung, welche eine Form chronischer pyogener Infektion bildet.

Die Moulages eines hierher gehörigen Falles werden demonstriert. Dann demonstrieren Feulard und Hallopeau einen ähnlichen Fall, der einen Mann betraf, bei welchem die oben beschriebenen Veränderungen in der Inguinal- und Genitalgegend, im Gesichte und in der Mundhöhle auftraten. Die Affektion bestand auch hier seit einigen Jahren, ohne Störungen des Allgemeinbefindens hervorgerufen zu haben.

Wickham (Paris): **Pathologische Anatomie und Wesen der Pagets disease.** Die bisher beschriebenen eigentümlichen Zellveränderungen entsprechen, wie W. nach Darier bestätigen kann, Parasiten. Es handelt sich hier um eine durch Sporozoen verursachte Krankheit.

Die Parasiten werden mit den Schuppen eliminiert, und die Untersuchung der letzteren ist ein gutes und sicher zum Ziele führendes Mittel zur Stellung der Diagnose in zweifelhaften Fällen.

Im Anfange der Krankheit gibt es nur entzündliche Veränderungen im Corium, später tritt eine Exulceration, Epithelproliferation und endlich die krebsige Umwandlung auf. Der Krebs kann von der Epidermis ausgehen, oder durch Proliferation des Epithels der Drüsengänge hervorgebracht werden. Überall, wo die Epithelproliferation vor sich geht, findet man die Parasiten in verschiedenen Stadien der Entwickelung. Ihr Einfluſs auf die Epithelproliferation steht also aufser allem Zweifel. Die Pagetsche Krankheit ist demnach parasitären Ursprunges. (Folgt die Demonstration eines Falles und der entsprechenden mikroskopischen Präparate.)

Darier: **Über die kutanen Psorospermosen.** Herr Wickham hat soeben meine früheren Untersuchungen über Pagets disease bestätigt, indem er nachwies, daſs dieselbe eine Psorospermose sei. Ich habe vor kurzem unter dem Titel Psorospermose folliculaire végétante eine in dieselbe Klasse gehörige Krankheit beschrieben, welche durch das Auftreten kleiner, den Follikeln entsprechender, roter Knötchen charakterisiert wird, welche von kleinen, mit einem weichen Stiele in den Balg eindringenden Hornschuppen gekrönt sind. In den Achselhöhlen und in der Inguinalgegend sind diese Elemente sehr voluminös, konglomeriert und bilden in dieser Weise wahre Geschwülste. Diese Krankheit wird von eigentümlichen Parasiten verursacht, welche eine runde Form, einen Kern und eine dicke Membran besitzen und den Kern der Zelle, in welcher sie sich befinden, verdrängen. Es sind Psorospermien von der Klasse der Psorozoen. Untersuchungen, welche in Frankreich und im Auslande über das Molluscum contagiosum angestellt werden, bezwecken nachzuweisen, daſs auch dieses von Psorospermien verursacht wird. Krankheiten der Tiere, welche durch ähnliche Parasiten verursacht werden, sind sehr häufig. Man hat ähnliche Körperchen auch in vielen Epitheliomen oder Krebsen gefunden. Leukart beschrieb sie bei der Psorospermose der Kaninchen. Die Annahme, daſs diese Parasiten eine Epithelwucherung hervorzurufen imstande sind, ist also sehr naheliegend. (Demonstration des Falles und der entsprechenden mikroskopischen Präparate.)

Leloir: In meinem 1880 erschienenen Handbuche der Hautkrankheiten sind in den Abbildungen des Molluscum contagiosum die Psorospermien gut wiedergegeben. Damals glaubten wir, daſs wir es nur mit Zelldegeneration zu thun hätten.

Dubreuilh (Bordeaux): Untersuchungen, welche ich über das Ulcus rodens

Digitized by Google

angestellt habe und welche noch nicht zu Ende geführt sind, ergaben, dafs dasselbe wahrscheinlich auch eine Psorospermose sei.

WHITE (Boston): Der Fall, den ich beobachtet habe, war dem von DARIER beschriebenen ganz analog. Ich gab der Affektion den Namen Keratosis follicularis. Die histologischen Veränderungen waren dieselben wie im Falle DARIERS, doch fand ich keine Psorospermien.

TÖRÖK (Hamburg): In Gemeinschaft mit Dr. TOMMASOLI unternommene Untersuchungen haben gezeigt, dafs die homogenen Körperchen des Epithelioma contagiosum keine Lebewesen sind. Wir müssen dieselben als Degenerationsprodukte der Zellen betrachten. Ist das Epithelioma contagiosum wirklich kontagiös — und in unsrer demnächst zur Publikation gelangenden Arbeit haben wir Fälle angeführt, die dafür sprechen —, dann mufs der betreffende Parasit noch gesucht werden. Gegen die Annahme, dafs wir es hier mit Psorospermien zu thun haben, spricht:

1. Der Umstand, dafs wir trotz langer Beobachtung frischer Präparate am heizbaren Objekttische bei Körpertemperatur nie Bewegungs- oder Teilungserscheinungen an ihnen wahrgenommen hatten.

2. Die ältesten, oberflächlichen Körperchen werden immer homogen, während die jüngeren, tiefer gelagerten die Körnchen enthalten, welche als Sporen aufgefafst worden sind. Man sollte doch denken, dafs gerade die älteren, reiferen Körperchen diese Zeichen der Vermehrung in sich bergen sollten.

3. Chemische Untersuchungen zeigten, dafs diese Körperchen mit ganz excessiver Resistenz gegen konzentrierte Säuren und Alkalien versehen sind. In dieser Beziehung stehen sie der Kolloidsubstanz sehr nahe. Wir glauben, dafs man einer solchen Substanz kaum die Lebenseigenschaften zuschreiben kann, die wir sonst hauptsächlich nur den Proteinsubstanzen beilegen. Vergleichende chemische Untersuchungen von Kaninchensporospermien ergeben, dafs letztere in Alkalien aufquellten, in Säuren sich lösten, während ihre Kapsel schrumpfte.

Ich bemerke noch, dafs unsre Impfversuche in 3 Fällen einige Wochen nach der Inokulation blafsrote Knötchen ergaben. Eine derselben wurde mikroskopisch untersucht und zeigte nur entzündliche Veränderungen. Die andern verschwanden nach kurzer Zeit. Unsre Kulturversuche verliefen mit negativem Resultate.

BOECK: Ich habe zwei ähnliche Fälle, wie der von DARIER beschriebene, behandelt; ich fand auch jene runden, psorospermienähnlichen Körperchen, ich wagte jedoch nicht sie als solche anzusprechen. Ich habe dabei konstant eine trophische Veränderung der Nägel beobachtet.

DARIER erklärt gegenüber TÖRÖK, dafs ganz sichere Fälle von Übertragung des Epithelioma contagiosum publiziert wurden, welche die Kontagiosität desselben beweisen. Diese Krankheit ist also auch parasitär. Die Parasitennatur der homogenen Körperchen des Epithelioma contagiosum hält er zwar für wahrscheinlich, aber nicht für absolut sicher bewiesen.

TÖRÖK bemerkt, dafs er die Kontagiosität des Epithelioma contagiosum nicht bezweifelt habe, sondern sich nur gegen die Parasitennatur der homogenen Körperchen ausgesprochen habe. Gerade die Psorospermienpräparate DARIERS haben durch die zwischen ihnen und den Molluscumkörperchen bestehenden grofsen Differenzen diese seine Ansicht noch mehr gekräftigt.

DUCREY: Die in Neapel angestellten Impfungs- und Kulturversuche mit Epithelioma contagiosum sind alle mifsglückt.

SANTI: **Enthält die menschliche Haut Lanolin?** (Erschien in extenso in der vorigen Nummer der *Monatshefte*.)

Digitized by Google

Diskussion:

Auber (Lyon) ist erfreut zu hören, dafs in der Haut kein Lanolin enthalten sei. Er habe immer an der höheren Resorptionsfähigkeit desselben gezweifelt und nur in den physikalischen Eigenschaften, in der Zähigkeit des Lanolins den Wert desselben gesehen.

Unna (Hamburg) schliefst sich vollkommen den Ausführungen Aubers an.

Hallopeau: **Über einen Fall von Lymphodermia scarlatiniforme, der wahrscheinliche Anfang der Mykosis fungoides.** Die Affektion, welche seit Jahren beinahe unverändert besteht, ist im Anfang durch eine scharlachähnliche diffuse Röte, welche beinahe den ganzen Körper bedeckt, und nur an einzelnen Stellen die Form lentikulärer, wenig erhabener Flecke annimmt, von einer leichten Verdickung des Corium, intensivem Jucken und von beträchtlichen Drüsenschwellungen charakterisiert. Später treten einige kleine Nodositäten auf, und man kann am Scrotum weiche, papulöse Erhabenheiten konstatieren. Leukämie ist nicht vorhanden. Die erste mikroskopische Untersuchung, welche Darier im Jahre 1887 ausführte, konstatierte eine proliferative Entzündung im subpapillaren Stratum. Eine neuere Untersuchung durch Wickham zeigt, dafs seitdem die Papillen verschwunden sind; an ihrer Stelle findet sich eine skleröse Lage und unterhalb derselben adenoides Gewebe von beinahe 1 mm Breite. Bisher wurde eine ähnliche Veränderung des Corium nur bei zwei Krankheiten, der Lymphodermia perniciosa Kaposi und bei der Mykosis fungoides gefunden. Die erstere beginnt immer mit hypodermalen Geschwülsten, und somit kann von ihr in diesem Falle nicht die Rede sein. In der ersten Phase der Mykosis hingegen wurden Veränderungen beschrieben, welche sich von der obigen nur durch die geringere Ausdehnung unterscheiden. Man beobachtete dabei aufserdem noch eine Verdickung der Haut, die Papeln, den Pruritus und die Lymphdrüsenveränderungen. Es ist also sehr wahrscheinlich, dafs es sich hier um den Anfang der Mykosis fungoides handle. Die vollkommene Sicherheit der Diagnose wird dadurch verhindert, dafs das adenoide Gewebe bisher nur in den Geschwülsten, welche diese Krankheit begleiten, gefunden wurde. Vom klinischen und auch vom histologischen Standpunkte würde es sich hier also um eine atypische Form der Mykosis fungoides handeln.

Diskussion:

Schiff hält die Diagnose Mykosis fungoides in diesem Falle für nicht ganz zweifellos. Das ekzematöse Stadium der letzteren kann gewöhnlich erst nachträglich mit Sicherheit diagnostiziert werden. Auch führt es nicht zu solch beträchtlicher Tumefaktion der Lymphdrüsen, weil es nicht ununterbrochen so lange fortdauert, wie in diesem Falle, sondern höchstens mehrere Reprisen macht.

Vidal hält gerade die Drüsenanschwellung für eine Stütze der gestellten Diagnose. Das ekzematöse Stadium kann selbst 10 Jahre lang währen. Des weiteren sieht man hier schon Papeln und Ulcerationen, welche den Tumoren vorangehen. Der Pruritus, die Infiltration, die Alopecie, die Drüsenschwellung und der histologische Befund stellen hier die Diagnose Mykosis fungoides sicher.

Besnier: In diesem Falle sind alle Erythrodermien mit Ausnahme der Mykosis fungoides leicht auszuschliefsen. Das ekzematöse Stadium kann selbst 16—17 Jahre dauern.

Kaposi: Die Diagnose der Lymphodermie in diesem Stadium ist wohl schwierig, für erfahrene Leute aber doch zu stellen. Auch er stellt die Diagnose Mykosis fungoides.

Schiff erklärt die Möglichkeit einer Lymphodermie nicht ausgeschlossen zu

Digitized by Google

haben, will aber die Lymphodermie und die Mykosis fungoides auseinandergehalten wissen.

Gaucher: **Pathogenie der Ekzeme, besonders bei den Kindern.** Man vernachlässigt heute zu sehr den Einfluſs der „Säfte“ des Körpers auf die Hautkrankheiten, und doch ist es sicher, daſs sie denselben ausüben (z. B. Diabetes, Urämie, Rheumatismus). Könnten nicht auch die Ekzeme die Ausscheidung reizender Substanzen durch die Haut zur Ursache haben? Er hat Fälle beobachtet, wo die Unterdrückung der Hautaffektion Krankheiten innerer Organe, ja selbst den Tod herbeigeführt hat. Es müssen daher die Ekzeme, besonders der Kinder, vorsichtig behandelt und hauptsächlich durch purgierende Mittel die schädlichen Stoffe eliminiert werden.

Diskussion:

Schiff: In Wien ist man vollkommen entgegengesetzter Ansicht. Man kann das Ekzem der Kinder nicht als eine auf die Haut übertragene Entzündung innerer Organe betrachten. Hingegen ist es häufig zu beobachten, daſs die vom Ekzem befallenen Kinder rhachitisch sind. Die rhachitische Diathese scheint also bei der Entstehung der Ekzeme eine Rolle zu spielen. Die Therapie gegen die Ekzeme der Kinder ist notwendig, die Unterlassung derselben ein Fehler. Dabei muſs auch die Rhachitis behandelt werden.

Auch Petrini ist der Meinung, daſs die Kinderekzeme zu behandeln seien, und Unna fordert ganz speziell die aufmerksame Behandlung des seborrhoischen Ekzems der Kinder.

Gaucher erklärt, daſs er ja auch das Ekzem der Kinder behandle, jedoch mit Vorsicht.

Schwimmer: **Über das universelle Pigmentsarkom.** (Der Fall erscheint demnächst im *Atlas seltener Hautkrankheiten.*) Dasselbe hatte sich bei einem im kräftigen Mannesalter stehenden Individuum entwickelt. Es befiel in diffuser Weise besonders die Hände und Füſse, Unterarme, Unterschenkel und Kniee. Die Finger standen in gebeugter Stellung. Auch an sonstigen Stellen des Körpers waren kleinere und gröſsere Knötchen und derbe Plaques sichtbar. Die mikroskopische Untersuchung lieferte das Bild eines Spindelzellensarkoms. Die Behandlung mit Arsen veränderte eben so wenig an dem Zustande als Phenacetin, doch trat Linderung der unangenehmen Sensationen und Schmerzen ein. S. demonstriert die Abbildung dieses Falles.

Diskussion.

Kaposi betont, daſs das Sarcoma idiopathicum multiplex, welches er zuerst beschrieben, immer an Händen und Füſsen beginnt; darin unterscheidet es sich eben von andern Sarkomen. Einzelne Knötchen desselben involvieren, und es finden sich daher oft Narben. Die Therapie bleibt bei allen diesen Fällen erfolglos.

Pringle (London) beschreibt 2 Fälle von primärem Hautsarkom vom soeben von Schwimmer gezeichneten Typus. Der erste betraf einen 44jährigen Mann, welcher schon 6 Jahre, bevor er zur Beobachtung gelangte, von der Affektion befallen war. Die Veränderungen waren absolut typisch und entsprachen vollkommen der von Kaposi zuerst gegebenen Beschreibung, sowohl was die objektiven Symptome anbelangt, als auch in der Entwickelung.

Der zweite Fall wurde bei einem 39jährigen Manne beobachtet, der seit 2 Jahren an der Krankheit litt. Hier waren die Läsionen weniger charakterisch. Die mikroskopische Untersuchung zeigt aber hier ebenso, wie in dem vorigen Falle, daſs man es mit einem Sarkom der tieferen Cutislagen, besonders um die Knäuel-

Digitized by Google

drüsen, zu thun hatte. P. fand in beiden Fällen Bacillen, über deren Rolle er vor der Hand sich eines positiven Urteils enthält. (Folgt die Demonstration der Abbildungen und der mikroskopischen Präparate beider Fälle.)

Vidal demonstriert Moulages von **Hautsarkomen.**

Hyde (Chicago) spricht über die **Statistik der Hautkrankheiten,** besonders des Ekzems, der Psoriasis und des Pruritus in Amerika, hauptsächlich mit Beziehung auf die Temperaturverhältnisse.

Jacquet (Über das **Epithelioma cysticum benignum der Haut**) beschreibt klinisch und histologisch einen ähnlichen Fall, wie ihn schon Quinquaud vorgestellt hatte, mit dem er auch, den Namen abgerechnet, vollkommen übereinstimmt. Er kann mit Darier und Török nicht übereinstimmen, dafs diese Gebilde mit den Schweifsdrüsen in irgend welchen Zusammenhang stehen, umsoweniger als er eine Cyste mit einer Talgdrüse in Verbindung stehen sah. So wenig er Dariers Ansicht von der Entstehung der Geschwülstchen aus den schon entwickelten Knäueldrüsen annehmen kann, ebenso wenig ist er der Ansicht Töröks, dafs es sich hier um embryonale Keime unentwickelter Knäueldrüsen handle. Seiner Meinung nach handelt es sich um versprengte embryonale Epithelkeime, welche sich später zu diesen Geschwülstchen umwandeln. (Vorstellung des Falles und Demonstration histologischer Zeichnungen.)

Diskussion.

Darier: Die soeben dargelegte Ansicht Jacquets unterscheidet sich nicht wesentlich von der schon von Török publizierten. Die anatomische Struktur einzelner Teile der Geschwülstchen, deren Schlauchform und die Form des Epithels einzelner Kanäle lassen nur die Ansicht zu, dafs dieselben von Ausführungsgängen der Knäueldrüsen ausgehen.

Török: Auf Grund der schon von Darier angeführten Umstände schliefst T. sich der von dem letzteren geäufserten Ansicht an, dafs die Geschwülstchen zu den Knäueldrüsen in Beziehung stehen. Für seine Annahme, dafs es sich um eine abnorme Proliferation nicht zu vollkommener Entwickelung gelangter Knäueldrüsenanlagen handle, sprechen folgende Umstände: Die Geschwulstelemente finden sich nur in den mittleren Lagen des Corium, weder in den subepithelialen Lagen, noch in der Schicht der Knäuel sind welche zu finden. Anderseits ist die Zahl der Knäueldrüsen im Bereiche der Geschwulst sehr herabgemindert. Unter allen seinen Schnitten konnte er kaum 2—3 Knäuel unterhalb der Geschwülstchen beobachten, und der Ausführungsgang findet sich zumeist nur in den peripherischen Teilen. Dies läfst sich nur so erklären, dafs es hier zu keiner vollständigen Entwickelung der normalen Knäueldrüsen kam. Die Keime blieben auf einer gewissen Stufe der Entwickelung in den höheren Lagen des Corium zurück, schnürten sich vom Epithel ab und wurden später von den Gebilden des Corium umwachsen. So fand T. Cystchen in den M. arrectores, in den Winkeln zwischen den Bälgchen der Talgdrüse. Dagegen, dafs die Geschwulstelemente von den schon entwickelten Gängen ausgehen, wie Darier annimmt, spricht, dafs zwischen den beiden kein Zusammenhang auffindbar ist, und dafs die noch vorhandenen Glomeruli nicht erweitert sind, obgleich die Schläuche mit einer glänzenden „kolloiden" Masse ausgefüllt sind, welche doch zu Stauungen des Sekrets den Anlafs geben müfste.

Feulard verliest den Vortrag von Olavide (Madrid): **Über das Kontagium der Lepra und die Zahl der Leprösen in Spanien.** Die Lepra wird unzweifelhaft durch einen Bacillus hervorgerufen, sie ist kontagiös, und trotzdem konnte O., der

Digitized by Google

eine grofse Anzahl Leprösen sah, keinen Fall in Spanien beobachten, wo er mit Sicherheit die direkte Übertragung von Fall zu Fall annehmen konnte; Tierexperimente schlagen auch fehl und Kulturversuche versagen. Die meisten der von ihm beobachteten Patienten hatten ihre Lepra in Cuba, auf den Philippinen und den kanarischen Inseln erworben. Was begünstigt also hier die Ansteckung? Wo hält sich hier der Bacillus auf? Ist die Lepra hier inokulabel? etc. Zum Studium dieser Fragen möge eine Kommission entsendet werden, ebenso eine zum Zweck der Bestimmung der Zahl der Leprösen in Europa. In Spanien gibt es annähernd 1000 bis 1500.

Kalindero spricht über die **Lepra in Rumänien** und demonstriert Abbildungen Leprösen. Er und Babes fanden den Leprabacillus im Ovarium, im Vaginalschleim, in den Thränen, im Urethralschleim, im frischen Gehirn und Rückenmark.

Unna erklärt, dafs zufolge einer ihm zugegangenen brieflichen Mitteilung des in seinem Laboratorium arbeitenden Dr. Pollitzer (New-York) derselbe in pigmentierten und atrophischen Flecken zweier Fälle von **Lepra nervosa Bacillen** nachweisen konnte.

Zambaco erklärt sich in seinem Vortrage über die Lepra (Eine Enquête bei den Leprösen der Insel Mathelin) gegen die **Kontagiosität der Lepra** und gegen die Verursachung derselben durch den bekannten Bacillus.

In der Diskussion weist

Lutz diese Ansicht scharf zurück.

Leloir: Seit den besseren Beobachtungen der letzten Jahre mehren sich die bekanntwerdenden Fälle von Lepra.

Was die Therapie anbelangt, so soll man nicht verzweifeln. Einzelne, wenn auch geringe Erfolge zeigen, dafs man zu ganz guten Resultaten gelangen kann. Er empfiehlt hohe Dosen von Chalmoograöl (bis 200 Tropfen täglich), Resorcingargarismen und Karbolbäder. Mit dieser Methode glaubt er in einem Falle eine ganz besonders ausgesprochene und rasche Besserung erreicht zu haben. Die Anästhesien vergingen beinahe vollkommen, ein starkes Ektropium verging auf dem einen Auge, auf dem andern besserte es sich etc. Die Unnasche Methode gab ihm nicht so gute Erfolge.

Zambaco hat Chalmoograöl in grofsen Dosen gegeben ohne Erfolg damit zu erzielen. Hingegen bessert sich die Lepra oft von selbst, wenn die Kranken unter bessere hygieinische Verhältnisse versetzt werden. So z. B. im Krankenhause.

Leloir: In dem erwähnten Fall war die Besserung so rasch (1 Monat), dafs dieselbe nur der Wirkung des Medikamentes zuzuschreiben ist.

Unna freut es umsomehr, die Ausführungen Leloirs vernommen zu haben, als er der erste war, der gegen die Annahme der Unheilbarkeit der Lepra auftrat. Diese von ihm zuerst geäufserte Meinung bricht sich nun immer mehr Bahn. Er will sich nicht zu sehr an seine Methode allein halten und wird von nun an auch Chalmoograöl anwenden.

Hermet (Paris) trägt einige klinische Beobachtungen über die **Veränderungen des Ohres bei verschiedenen Hautkrankheiten** vor.

Kalindero spricht über das **idiopathische Hautsarkom** — Kaposischer Typus.

Renault: **Über Variola**, ist in *Monatshefte*. Bd. IX. Heft 3. pag. 150 schon referiert.

Digitized by Google

Die Vorträge von Unna: **Pathologische Anatomie des Ekzema seborrhoicum,** und von Török: **Histologie des Lichen planus,** erscheinen in den *Monatsheften* in extenso.

Infolge des Umstandes, dafs an den letzten zwei Tagen Parallelsitzungen gehalten wurden, von welchen Ref. denjenigen der Sektion für Syphilis nicht beiwohnte, und der Ref. selbst seinen Vortrag und Demonstrationen abhalten mufste, ist es ihm unmöglich über alle Vorträge dieser Sitzungen zu berichten. Ref. ersucht daher die betreffenden Autoren, deren Vorträge unten nur dem Titel nach angeführt werden können, Auszüge derselben an die Redaktion der Monatshefte einzusenden, falls sie darauf reflektieren, in diesen Heften ausführlicher referiert zu werden.

In der Sektion für Dermatologie wurden noch folgende Vorträge gehalten:

Quinquaud: Über die Verluste, welche der Organismus im Verlaufe der exfoliativen Dermatosen erleidet.

Perrin: Über disseminierten Lupus erythematosus, welcher sich scheinbar Menstruationsanomalien anschlofs.

Payne: Über das Erythrasma.

James White: Über hereditäre Dermatosen.

Marty: Lupus des Larynx.

Olavide: Behandlung des Lupus.

Manassei: Das Hydroxylamin in der Behandlung der Hautkrankheiten.

Das Programm der Sektion für Syphilographie und Venereologie enthielt folgende Vorträge:

Lepers: Syphilis und Malaria.

Euthyboule: Über das akneiforme Syphilid der Nase.

Eraud: Über die Blennorrhagie des Weibes. (In den *Monatsheften* Bd. IX. Heft 3. pag. 148 schon referiert.)

Perrin: Blennorrhagie; gangränöse Balanoposthitis, Pleuritis diaphragmatica, beiderseitige Phlebitis der Unterextremitäten; Gelenkentzündung der Articulatio sternoclavicularis.

Rosolimos: Über die Behandlung der Blennorrhagie mit Einträufelungen.

Raymond: Die Peptonurie bei der Syphilis.

Leloir: Über die Beziehungen, welche zwischen der Syphilis und einigen nervösen Affektionen existieren.

Morel Lavallée: Beziehungen der Syphilis zur Paralysis universalis.

Jaquet: Über hereditäre Syphilis.

Valdes Morel: Venerische und syphilitische Anomalien.

Hebra: Ein neues Suspensorium.

De Maieff: Die Pigmentsyphilis.

Portalier: Von der Recidive in situ einzelner Syphilisformen.

Tommasoli: Histologie der tertiären Syphilide. (Der Vortrag erscheint in extenso in den *Ergänzungsheften*.) Derselbe demonstriert auch seine neuen Salbenspritzen, welche sowohl zur Einführung von Salbenmassen als auch infolge ihrer verschiedenen Dicke in ähnlicher Weise angewendet werden können, wie die Harnröhrensonden.

Iscovesco und Mensault: Über den syphilitischen Pseudorachitismus.

Violi: Syphilis der Neugeborenen und der Kinder in Konstantinopel

Digitized by Google

Le Dentu: Die Muskelsyphilome vom chirurgischen Standpunkte.

Le Dentu: Über den temporären künstlichen Anus als Mittel der indirekten Behandlung des anorektalen Syphiloms.

Landouzy: Einige Beobachtungen über Ansteckung im Verlaufe der tertiären Syphilis.

Le Pileur: Über eine noch wenig gekannte bestimmende Ursache der merkuriellen Stomatisis und ihre Behandlung.

Djelal Mouktar: Syphilitischer Schanker ohne Bubo.

Barthélemy: Über die Maßregeln, welche gegen die Verbreitung der Syphilis in Angriff genommen werden sollen.

In der Nachmittagssitzung wurde als Ort des nächsten, nach 3 Jahren stattfindenden internationalen Kongresses für Dermatologie und Syphilis Wien, und zum Präsidenten für denselben Kaposi aus Wien gewählt. Derselbe, von den Anwesenden sympathisch begrüßt, dankt für die Wien und ihm erwiesene Ehre und schlägt folgende österreichische Dermatologen für das Arrangierungs-Komitee vor: Hans Hebra, Neumann, Lang, Vajda, Riehl, Mraçek, Finger aus Wien, Pick, Janowsky aus Prag, Schwimmer aus Budapest, Geber aus Klausenburg.

Hardy hofft einen ähnlichen Erfolg des nächsten internationalen Kongresses und wünscht demselben einen ebenso unermüdlichen und aufopferungsfähigen Generalsekretär, wie Dr. Henri Feulard. (Lebhafter Applaus.)

Das von den Ärzten des Hôpital St. Louis zu Ehren der Teilnehmer des Kongresses am Abend des 10. August veranstaltete Bankett vereinigte dieselben zum letzten male während des Kongresses. Die große „Salle d'attente" des Hospitals war bei dieser Gelegenheit in einen Bankettsaal umgezaubert worden, mit den Fahnen und Wappen der verschiedenen Länder und mit Blumenguirlanden prächtig geschmückt und durch elektrisches Licht feenhaft beleuchtet. Es herrschte die animierteste Stimmung, der es gar keinen Abbruch that, daß man sich oft mit dem Nachbar etwas schwierig verständlich machen konnte, da sich das Ohr erst an das spanische, englische, ungarische, russische etc. Französisch des andern gewöhnen mußte. Die angeregte Stimmung erreichte ihren Höhepunkt, als es zum Toastieren kam. Die Redner wurden mit begeisterten Applaussalven belohnt. Ricord trank auf das Wohl der fremden Gäste, Hardy und Feulard auf die Teilnehmer des Kongresses, Malcolm Morris auf Ricord, Zambaco und Kaposi auf die Ärzte des Hôpital St. Louis, Unna auf Baretta. Außerdem sprachen noch Peyran, Mansuroff, Kalindero, De Amicis, Lutz. Nach dem Bankette blieb die Gesellschaft noch eine Zeitlang in einem andern dekorierten Saale des Hôpital St. Louis beim Kaffee, und endlich ging man unter den Rufen: „Auf Wiedersehn in Wien" auseinander. Der erste internationale Kongreß für Dermatologie und Syphilis, auf dessen Erfolg die Pariser mit berechtigtem Stolze zurückblicken können, hatte mit diesem glänzenden Feste sein Ende erreicht.

Digitized by Google

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Die Häufigkeit der Epididymitis bei Gonorrhöe. *Inaug.-Dissert.* von J. Simonis (von Dr. Seifert, Würzburg).

Multiple chancre of the hand palate, by A. H. Ohmann-Dumesnil, St. Louis. (*Mississippi Valley Med. Assoc.* 27. Septbr. 1888.)

Erythematous Lupus of the hand, by A. H. Ohmann-Dumesnil, St. Louis. (*Americ. Journal of the med. sciences.* Dezbr. 1888.)

Ziegler. Die neuesten Arbeiten über Vererbung und Abstammungslehre nach ihrer Bedeutung für die Pathologie. (*Tübing. Beiträge.* Bd. IV. Separatabdruck.)

J. Pollitzer, M. D. On the temperature sense, a contribution to the phys. of the skin as an organ of sense. (*Journal of physiology.* V. 3.)

Derselbe. Über den Nährwert einiger Verdauungsprodukte des Eiweifses. Bonn 1885. (*Pflügers Archiv f. Physiologie.*)

Derselbe. On curare. (*Journal of Physiology.* VII. 3.)

G. Thibierge. Lesions arterielles de la Syphilis. (*Gazette des hôpiteaux.* No. 11. 1889.)

Heitzmann. Beiträge zur mikroskopischen Harn-Analyse. (*New Yorker Med. Presse.* 1887/88.)

Whitla. *Materie Medica.* London 1889.

Klemensiewicz, Rud. Prof. Haut und Hautorgane. Anatomie u. Histologie. (Separ. aus *Real-Encykl. d. ges. Heilkunde.*)

Derselbe. Wirkung der Blutung auf mikr. Bild. des Kreislaufs. (*Akad. d. W.* III. Juli 1887.)

Derselbe. Einfluſs der Körperstellung auf Blutstrom und Gefäſse. 1 Tafel. (Ebenda.)

Derselbe. Karyokinese in der Hornhautzelle bei Entzündung. (Separatabdr. aus *Centralbl. f. med. Wissensch.* No. 11. 1884.)

Derselbe. Magen. Anatomie u. Histologie. (Separatabdr. aus *Realencykl.*)

Derselbe. Allgem. Pathologie von Klebs. (*Wien. med. Presse.* No. 15. 1888.)

Derselbe. Ein Vasomotoren-Schema. (Separatabdr. aus *Mitteil. d. Vereins d. Ärzte in Steiermark.* 1888.)

Buchanan Klophel. Gun-Schot, Stab and other penetrating Wounds of the Abdomen. Memphis 1887.

Il Morgagni. Anno XXXI. No. 1—5. 1889.

Breda. Casi di spondilite cervicale e di frattur. spontan. costale da sifilide. (*Giorn. Italiano delle Malattie veneree e della Pelle.* Fasc. IV. Dezbr. 1888.)

Derselbe. Patologia e cura della Uretrite cronica. (*Rivista veneta di Scienze mediche.* Venezia 1888.)

Loustalot. Le bouton de Biskra. Thèse de doctorat. Lille 1888.

Brunelle. Des adenopathies syphilitiques anormales. Lille 1889.

Lepers. Syphilis et Paludisme. Lille 1889.

Mibelli. Sulla esfoliazione areata della lingua. Milano 1889. (*Giornale Italiano delle Malattie veneree e della Pelle.* Fasc. IV. Dezbr. 1888.)

Derselbe. Sulla patogenesi dell' alopecia areata. Milano 1889. (Ebenda.)

Brocq. De la dermatite herpetiforme de Duhring. Paris 1888. (*Annales de Dermat. et de Syph.*)

Blanc. Leprosy in New Orleans.

Beaven Rake. Report on the Trinidat Leper asylum for the year 1887. (Government printing office. 1888.)

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 6. 15. September 1889.

Bemerkungen zur Streitfrage bezüglich der Duhringschen Krankheit.

Von

H. v. Hebra
in Wien.

In der Vorrede meines zu Ende 1883 erschienenen Lehrbuches fand ich es nötig, die eventuellen Leser auf mehrfach vorkommende Änderungen in der Nomenklatur vorzubereiten, und erwähnte noch weiter, dafs „es in kommender Zeit noch sicherlich notwendig sein werde, auch noch ferner Änderungeu in der Bezeichnung mancher Übel Platz greifen zu lassen, um Krankheiteu, welche ein oder mehrere Symptome miteinander gemein haben, in ihrem Wesen aber weit voneinander abstehen, auch mit differenten Terminis zu belegen. Als einziges Beispiel wollen wir den Pemphigus hervorheben. Jede länger bestehende und recidivierende Blaseneruption an der Haut nennt man Pemphigus, und doch verkennt wohl kein einziger unter den Dermatologen die Unzulänglichkeit dieser Diagnose. Man hat sich bisher damit geholfen, dafs man dem eigentlichen Namen ein Epitheton ornans beifügte, eine Mafsregel, die allenfalls für den bereits Unterrichteten genügt, für den Anfänger jedoch zum leichteren Verständnis nicht beiträgt."

Kaum ein Jahr später hatte sich meine Voraussetzung erfüllt, da am 30. August 1884 Duhring seine erste Arbeit über Dermatitis herpetiformis im *Journal of the American medical Association* erscheinen liefs, der seine bekannten späteren, sowie Brocqs klassische Zusammenstellung folgten. Eine Reihe von Fällen, die bis damals als Pemphigus bezeichnet worden waren, wurde ausgeschieden, und sicherlich mit Recht ausgeschieden, da sie anders verlaufen, anders auftreten und Begleitungserscheinungen mit sich führen, die den typischen Pemphigusfällen nicht anhaften, ich meine die subjektiven Empfindungen, Parästhesien, wie Brennen und Jucken, sowie die so häufig gleichzeitig zu beobachtenden anderen Symptome von seiten der Nervensphäre, sowohl der sensitiven als der motorischen. Der Fortschritt, den Duhring mit seinem Namen

Digitized by Google

verflocht, ist ein nicht zu leugnender, und jeder unbefangene Dermatologe wird und muſs sich damit einverstanden erklären, wenn man für die in Rede stehenden Fälle eine andere Bezeichnung wählt, als Pemphigus; wäre es selbst aus dem einzigen Grunde, um diese mit gleichzeitiger Entwickelung von flachen Röten, von papulösen, quaddelartigen Erhabenheiten mit peripherischem Fortschreiten und Bildung serpiginöser Zeichnungen einherschreitende Form von den auf mehr minder unveränderter Basis auftauchenden Blaseneruptionen auch nominell zu trennen.

Die vorliegenden Zeilen verfolgen aber nicht so sehr den Zweck, zu dokumentieren, daſs ich nicht auch der „progressiven Erstarrung", deren Unna die gegenwärtige Wiener dermatologische Schule beschuldigt, verfallen bin, sondern zu zeigen, daſs vor Duhring dieselben Trennungsgedanken im Haupte eines andern, leider zu frühe Dahingeschiedenen erwacht waren, freilich ohne daſs er ihnen so bündige Form gegeben hätte, wie unser genialer Kollege jenseits des „groſsen Wassers" — ich meine Auspitz.

In seinem *System der Hautkrankheiten* hat Auspilz unter den neuritischen Dermatosen eine Gruppe, die entzündlichen Trophoneurosen mit acyklischem Verlauf aufgestellt, die er Erythema neuriticum nennt, welche Duhrings Krankheit in sich faſst, dabei aber auch noch einige andere, durch Nerveneinfluſs hervorgerufene Veränderungen der allgemeinen Decke aufnimmt. Da meine eigenen Erfahrungen mit Auspitzs Anschauungen übereinstimmten, schloſs ich mich ihnen willig an, und so ist es leicht nachzulesen, daſs ich schon ein Jahr vor Duhring die Fälle, welche seine Dermatitis herpetiformis ausmachen, vom Pemphigus ausschied und unter der Bezeichnung von makulösen, vesikulösen und bullösen Trophoneurosen, als Erythema neuriticum, Herpes und Pemphigus neuriticus beschrieb. Leider war der mir vom Verleger meines Buches gegönnte Raum ein viel zu geringer, um dort die Beschreibung der einschlägigen Krankheitssymptome eine genügend ausführliche werden zu lassen, ich muſste mich auf Andeutungen beschränken, welche entweder übersehen oder nicht vollkommen verstanden wurden, da ich die Summe der Symptome nicht unter einem einzigen Titel aufführte. Mein Vorgehen, die einzelnen Erscheinungen der gröſseren Übersichtlichkeit wegen nach ihren morphologischen Elementen gesondert zu besprechen, scheint ins Gegenteil umgeschlagen zu haben, es möge mir daher gestattet sein, in Kürze die Übereinstimmung meiner und Duhrings Anschauungen zu erweisen.

Ich erwähne auf pagg. 264 und ff. vor allem die Polymorphie, indem ich speziell bemerke, daſs „die Blasen, nicht wie bei einem gewöhnlichen Pemphigus, sofort als solche auftreten, sondern sich aus einem makulo-papulösen Erythem entwickeln, so

Digitized by Google

dafs neben den Blasen auch noch immer flache, solide, rote Erhabenheiten zu erkennen sind." Ich konstatiere ferner „die gleichzeitige Eruption von Urticariaquaddeln, von Herpes ähnlichen Bläschen, gröfseren Blasen und pustulösen Efflo-reszenzen", — „dafs sie entweder nach längerer Anwesenheit wieder schwinden oder aber das ganze Leben hindurch persistieren", — „dafs die mit Papeln und Vesikeln besetzten, oder auch nässenden Stellen von hochgradigem Jucken begleitet sind", ich führe also in nuce alle jene Symptome an, welche die Dermatitis herpetiformis von DUHRING, die Dermatitis polymorpha pruriginosa chronica à poussées récidivantes von BROCQ charakterisieren. Nur einer Erscheinung machte ich damals keiner Erwähnung, der Gyri, der serpiginösen Linien, welche sowohl die rein erythematösen als auch die vesikulösen und bullösen Partien des Exanthems bei ihrem Fortschreiten gegen die Peripherie bilden, und dies Versäumnis erscheint mir um so unerklärlicher, als ich noch die mit Zeichnungen meiner Hand versehenen Notizen über den in meinem Buche auf pag. 268 mit kurzen Worten berührten Fall einer alten Pfründnerin besitze und auch damals vor mir hatte. Sowohl in Worten, als in der Zeichnung ist das Vorhandensein der Bogenlinien festgehalten, die durch Konfluenz nahe aneinander entwickelter Kreise oder Kreissegmente entstanden sind. Mein schon damaliges Vertrautsein mit dieser Erscheinung sei hiermit dokumentiert.

Zu jener Epoche hielt ich aber die in Rede stehende Krankheit für eine viel schwerere, oder besser gesagt, ich hielt sie für eine solche, welche in den letzten Phasen lang anhaltender Nerven- und Rückenmarkskranker, speziell der Tabetiker, sich einstellt, und dementsprechend war auch meine Prognose stets eine funeste. Erst im Verlaufe der späteren Jahre bekam ich auch sonst kräftige, jugendliche Individuen zu Gesicht, die mit solchem „Pemphigus neuriticus" behaftet waren, lange Zeit, viele Jahre hindurch, mit oder ohne Unterbrechungen von dem Übel geplagt wurden, so dafs nun auch bei mir kein Zweifel mehr besteht in Ansehung der hochgradigen Chronizität des Übels und der möglichen geringen Einflufsnahme auf den Gesamtorganismus. Dementsprechend pflichte ich auch UNNA bei, wenn er vorschlägt, BROCQS akute Fälle der polymorphen herpetiformen Dermatitis nicht mit einzubeziehen in denselben Bereich, — die Wiener Schule hat diese Sonderung schon lange durchgeführt, indem sie als eines der wichtigsten Erfordernisse zur Diagnose ihres Pemphigus, der ja auch DUHRINGS Krankheit einschlofs, den chronischen Verlauf und die häufigen Recidive aufstellte.

Es fällt mir nicht ein, durch vorliegende Bemerkungen einen Prioritätsstreit heraufbeschwören zu wollen, im Gegenteile sollen sie DUHRINGS und nach ihm BROCQS Verdienste um die lichtvolle Schilderung der so

Digitized by Google

mannigfachen Bilder in ihrer Vollheit anerkennen, — ich wollte nur der Richtigkeit ihrer Anschauungen erhöhtes Relief verleihen, indem ich sie in Einklang und Verbindung brachte mit den Anschauungen von AUSPITZ, den Krankheit und andre äufsere Bedingungen abgehalten haben mögen, seine nur kurz angedeuteten Ideen zur Entfaltung reifen zu lassen. Meine eigene Stellung in dieser Frage ist wohl keineswegs mehr zweifelhaft.

Was nun die Nomenklatur anbelangt, so wäre gegen UNNAS Vorschlag, die DUHRINGsche Krankheit Hydroa zu nennen, nichts einzuwenden, — wenn auch unsre andern Kollegen so nachgiebig wären. Meine Erfahrungen lassen mich das aber nicht voraussetzen. Vor allen aber wären DUHRING und BROCQ selbst zu fragen, ob sie diesen Namen adoptieren, und ob sie gewillt sind, in Hinkunft sich desselben in ihren weiteren Publikationen zu bedienen.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Beitrag zur Histologie der Pityriasis rubra.

Von

Dr. P. TOMMASOLI.

Hornschicht. Die Hornschicht zeigt ein verschiedenes Aussehen, je nachdem die Läsion der Stachelschicht und der darunter liegenden Papillen eine mehr oder weniger starke ist. Im allgemeinen zeigt sie kompakte, homogene Schichten, die etwas dichter sind als normale, und welche hier und da deutlichen lamellösen Bau erkennen lassen. Die unterste Lage derselben, welche unmittelbar auf den Residuen der Körnerschicht ruht, stellt eine mäfsig dichte, homogene Zone dar, in welcher etwas voneinander entfernt abgeplattete Kerne hervortreten. Bei stärkerer Vergröfserung erscheint diese unterste Schicht nicht mehr homogen, sondern sie zeigt die dichten und sehr feinen ungefärbten Körnchen, welche bei gequollenen und etwas komprimierten Hornzellen stets vorhanden sind.

Körnerschicht. Diese Schicht ist an einzelnen Stellen fast gänzlich verschwunden, an andern Stellen dagegen sieht man, wie dieselbe

Digitized by Google

ganz ähnlich wie bei Ichthyosis auf eine einzige und nicht kontinuierliche Zellenschicht reduziert ist.

In diesem Stratum sind einige Zellen in der That flach und mit Körnern ganz ausgefüllt, andre dagegen, die ebenfalls abgeflacht sind, zeigen nur wenige Keratohyalinkörner, andre endlich enthalten gar kein Keratohyalin. Indessen auch in den Zellen, welche starke Körnelung zeigen, liegen die Körner nicht dicht aneinander, sondern sie sind zerstreut, und dies zum Unterschiede dessen, was man bei Ichthyosis beobachten kann, wo neben einzelnen körnerfreien Zellen dieser Schicht andere ganz von Körnern erfüllt sind. Während die Form all dieser Zellen eine stark abgeplattete ist, erhält sich deren Kern ziemlich regelmäfsig.

Die Stachelschicht ist zum gröfsten Teile verdünnt. Ihre Zellen bewahren in der Regel normale Form. Nur wo die Verdünnung am stärksten ist, erscheinen sie etwas abgeplattet. In den interepithelialen Spalten, welche an einzelnen Punkten stark erweitert scheinen, sieht man eine viel gröfsere Anzahl Wanderzellen als normal.

Der Übergang der Stachelschichtzellen zu den Hornzellen ist schroff. Man sieht nämlich, wie die Stachelzellen, welche in Czokorlösung gut und deren Kerne besonders gut gefärbt sind, plötzlich flach werden, und kaum ist man über diese einzige Schicht von gekörnten oder nicht gekörnten Zellen, welche an Stelle des Stratum granulosum getreten ist, hinaus, so bilden sich dieselben sofort zu bandförmigen Zellen um, welche unter sich adhärent und kompakt sind, und von welchen nur noch der Kern sich färbt, während der Zellkörper ganz ungefärbt bleibt.

An einzelnen Stellen des Schnittes sind die Epithelialzapfen nicht mehr vorhanden, und gerade an diesen Stellen ist auch der Rest des Stratum spinosum sehr stark verdünnt. An einigen Stellen bleiben von den Zapfen nur geringe unförmliche Spuren zurück. In andern Schnitten sieht man sie kurz und dünn, wiederum in andern sind sie kurz, dick und unregelmäfsig abgestumpft. Da wo die Alteration dieser Zapfen am stärksten ist, zeigen sich die am tiefsten liegenden Zellen nicht mehr cylindrisch, sondern sie sind entweder kubisch, rhombisch oder dreieckig, genug multiform oder auch ganz abgeplattet. Jedoch, selbst da wo die Zapfen weniger alteriert sind, kann man nur selten mehr oder weniger cylindrische Zellen sehen, wie in der Norm. In einem Zapfen, der noch etwas breit und unregelmäfsig abgestumpft war, erschienen alle tieferen Epithelzellen ungefärbt und in eine unförmliche Masse verwandelt. An einzelnen Punkten der ersteren Stellen sieht man ganz selten kleine, eigentümliche, homogene Figuren, von welchen wir bald bei den Alterationen der Papillen ausgeprägtere Formen kennen lernen werden.

Stratum papillare. Dasselbe ist überall sehr stark alteriert, doch nicht an allen Stellen gleich. Es gibt längere Stellen, wo das Stratum

Digitized by Google

papillare gänzlich verschwunden ist, andre Stellen dagegen haben das papilläre Aussehen noch bewahrt, die Papillen erscheinen aber viel breiter und viel weniger hoch als gewöhnlich und zeigen deutliche Neigung, ebenfalls bald zu verschwinden. Zudem ist eine sehr auffällige, ziemlich starke Infiltrationszone zu notieren, welche wie ein gleichmäfsiges Band das ganze Stratum papillare und den obern Teil des retikularen Stratums durchzieht und immer mit dem Stratum epitheliale parallel läuft. Diese Infiltration ist im allgemeinen nicht stark, und nur an einzelnen Stellen erscheint sie bedeutend stärker. Die stärkste Infiltration entspricht denjenigen Stellen, in welchen die Papillen noch relativ gut erhalten sind; wo dagegen die Papillen gänzlich verschwunden sind, da ist die Infiltration am wenigsten ausgesprochen. Dieselbe folgt auf kurze Strecken den Gefäfsen, welche senkrecht aus dem tiefen Derma emporsteigen, läfst das mittlere und tiefere Stratum des Derma dagegen ganz frei. Nur um die Drüsengänge einiger Knäueldrüsen tritt sie wieder auf. Diese Kanäle sind indessen nicht alteriert. Am oberflächlichsten Teil des Corium, besonders an der epithelialen Grenze, existiert gar keine oder nur sehr geringe Infiltration.

Mitten in dieser Infiltration und hauptsächlich in den tieferen Teilen derselben zeigen sich auf jedem Schnitte reichliche Massen eines gelbbräunlichen Pigments in Form von Körnern oder Schollen, oder in gröberen unregelmäfsigen Massen. Je gröfser diese Massen sind, desto dunkler erscheinen sie.

Die Papillen, was übrigens schon aus den erwähnten Alterationen der Epithelzapfen zu entnehmen war, weit davon entfernt, den Eindruck zu machen, als ob sie dichter und breiter geworden wären, haben vielmehr den Anschein, als ob sie in toto nach der Tiefe gezogen würden. Wir wissen, dafs in den ersten Stadien des Lichen planus die Papillen grofse Analogie zu diesen Papillen zeigen, welche wir bei Pityriasis rubra treffen; auch dort nämlich sieht man sie verbreitert und niedrig mit dazwischenliegenden kurzen und abgestumpften Epithelzapfen. Während jedoch beim Lichen es evident ist, dafs diese Alterationsform von einem hypertrophischen Prozefs der Papillen abhängt, welche nur seitwärts wachsen und anschwellen, so weit sogar, bis die einen mit den andern verschmelzen, weil das Epithel am Anfange dieses Prozesses keinen aktiven Teil an der Hypertrophie nimmt, so kann man dagegen aus unsern Schnitten leicht ersehen, dafs dieses Breiterwerden und Verschmelzen der Papillen nur von einem Schrumpfungsprozefs, von einer Atrophie derselben abhängt, und zwar als direkte Folge der langsamen, schwachen, chronischen Infiltration, welche sie betroffen hat. Und während beim Lichen die Epithelzapfen dünner werden und später infolge des aktiven Druckes von seiten der hypertrophierenden Papillen verschwinden, werden hier

Digitized by Google

die Zapfen flacher und verschwinden aus dem Grunde, weil ihnen nach und nach die Unterstützung und die Ernährung vom darunterliegenden Gewebe abgeht. Dafür spricht der Umstand, dafs selbst bei schwacher Vergrößerung die am meisten lädierten Papillen auch die am wenigsten infiltrierten sind, während die Infiltration in den Papillen, die sich mehr oder weniger erhalten, noch aktiv und stark ist. Dafür spricht weiter der Umstand, dafs da, wo die Papillen verschwunden sind, die Gefäfse nicht nur sehr stark erweitert sind, sondern auf der Höhe winkelig abbiegen und nach einigen Schlängelungen an der Abbiegungsstelle horizontal und fast parallel zum darüberliegenden abgeflachten Epithelialstratum verlaufen.

Besieht man sich die Schnitte bei stärkerer Vergrößerung, so bestätigt sich die Ansicht, denn da treten die Zeichen einer chronischen Entzündung an den Stellen, wo die Papillen verschwunden sind, viel besser hervor.

In der That können wir bei starker Vergrößerung konstatieren, dafs die Infiltration an jenen Stellen, wo noch Spuren von Papillen erhalten sind, aufser aus spindelförmigen Zellen, welche zum Teil gröfser und zum Teil abgeflachter sind als die normalen, und aufser aus polyramifizierten und gesternten Zellen, zum gröfsten Teil aus runden Zellen besteht.

Je tiefer wir dagegen in jene Zonen, in welchen keine Spuren von Papillen mehr vorhanden sind, eindringen, eine desto geringere Zahl an runden Zellen und eine immer gröfser werdende Zahl an spindelförmigen und gesternten Zellen treffen wir an, welche immer deutlicher hervorstechen.

Da kann man auch beobachten, wie die Bindegewebsfasern zum gröfsten Teile parallel zur Epidermis verlaufen. In denselben sieht man abgeplattete oder spindelförmige Zellen im nämlichen Sinne geordnet. Diese Bindegewebsfasern sind zum gröfsten Teile alteriert, denn sie erscheinen viel dicker, wie angeschwollen, oder haben ein trübes Aussehen. Die Gefäfse sind, wie schon gesagt, sehr stark erweitert und etwas gewunden, bis sie auf der Höhe horizontal abbiegen.

Das Pigment, welches wir in so grofser Menge in Form von Körnern oder in Massen antrafen, findet sich frei oder in ramifizierten Zellen eingeschlossen vor und gibt uns das Bild des Hämatoidins. Das elastische Gewebe ist da, wo Infiltration herrscht, entweder garnicht vorhanden oder erhält sich kaum noch in Form von seltenen, dünnen, fadigen Fragmenten. Neben diesen Alterationen der höheren Lagen des Derma müssen wir noch eine andre anführen, die uns sehr erheblich erscheint und welche, so viel ich weifs, sich noch nirgends in den sehr spärlichen

Digitized by Google

histologischen Befunden der Pityriasis rubra sowohl als auch der Dermatitis exfoliativa universalis angegeben findet.

In allen von mir untersuchten Schnitten sieht man mitten in der Infiltration der obersten Zone des Derma glänzende, entweder runde oder rundliche oder ovale, birn- oder auch keulenförmige Körperchen, welche sich nur schwach mit Orcein und schlecht mit Karmin und Hämatoxylin und mit Saffranin färben. Einzelne dieser Körperchen liegen vereinzelt, die Mehrzahl jedoch bildet Gruppen. Ihre Gröfse variiert zwischen derjenigen eines roten Blutkörperchens und derjenigen einer Epithelialzelle. Ihren Sitz haben dieselben immer sehr nahe am epithelialen Rande aufgeschlagen. In den Papillarüberresten und genauer an deren Spitzen liegen sie zerstreut. An Stellen dagegen, wo ein Rest eines Epithelialzapfens existiert, oder wo man annehmen kann, dafs ein solcher gestanden hat, erscheinen sie in Gruppen und zwar so, dafs sie mitunter fast genau die Form des Zapfens, der halb oder gänzlich verschwunden ist und an dessen Spitze sie erscheinen, wiederspiegeln. Wir glauben, wie oben gesagt, einige davon auch inmitten der ersten Reihe von Epithelialzellen beobachtet zu haben und zwar da, wo die Störung derselben am stärksten ist und eine genauere Erkennung der Sachen nicht mehr erlaubt. Ein einziges mal trafen wir eine Serie derselben an, welche in Form eines dünnen Cordons sich stark in die Infiltrationszone vertiefte und so vom epithelialen Rande entfernte. Einige dieser Körperchen fanden wir auch entlang einiger nicht tiefgelegenen Gefäfse und in nächster Nähe der Wandungen derselben. Überall, wo man sie antrifft, und hauptsächlich die höher gelegenen, sieht man sie von einer dünnen, hellen Zone umgeben und möchte man meinen, sie wären ähnlich wie in Lymphspalten darin enthalten. Wo diese Körperchen in Menge auftreten, ist das darüber gelagerte Epithel und hauptsächlich die erste Zellenreihe desselben am stärksten deformiert.

Was mögen nun diese Körperchen sein? Gewifs nichts anderes als ein Degenerationsprodukt, es wäre denn, man wollte in denselben auch hier wie bei andern Hautaffektionen, wie es Mode geworden, Parasiten wittern.

Wenn es nun Degenerationsprodukte sind, woher kommen sie denn? Mein sehr geschätzter Freund Dr. Török hat mir fast ganz identische Figuren an Präparaten gezeigt, die ihm zu seiner interessanten Arbeit über Lichen planus[1], die am Pariser Kongrefs vorgelegt worden ist, gedient haben. Dort gab Török, ohne die Frage lösen zu wollen, die Möglichkeit zu, dafs es sich um Teile degenerierter Bindegewebsfasern, oder um degenerierte Infiltrationszellen, oder um Ablagerungen von

[1] Dieselbe wird demnächst an andrer Stelle veröffentlicht.

Digitized by Google

Hyalinschollen, wie man solche bei den gewöhnlichen Hyalindegenerationen antrifft, handeln könne. Gewifs könnte ich auch bei diesen Hypothesen, die mir sehr einleuchten, Halt machen. Indessen mufs ich beifügen, dafs die drei von mir erwähnten Hauptfacta, nämlich 1. dafs die Prädilektionsstelle dieser Körperchen fast immer in nächster Nähe des epithelialen Gewebes und hauptsächlich da, wo noch mehr oder weniger deutliche Stümpfe von Epithelzapfen sich finden, von welchen sie oft die Form wiederspiegeln; 2. dafs man solche auch in den epithelialen Zellenreihen findet; 3. dafs an Stellen, wo sie sich finden, das Epithel über denselben, oder, ich möchte fast sagen, in direkter Berührung mit denselben die stärksten Alterationen zeigt; diese drei Thatsachen, sage ich, nötigen mich dazu, noch eine andre Hypothese aufzustellen, die nämlich, ob es nicht möglich wäre, dafs dieselben zum Teile wenigstens von einer epithelialen Degeneration herrühren. Wir enthalten uns vorläufig jedes abschliefsenden Urteils.

In den übrigen tiefer gelegenen Straten des Derma finden sich, die schon beschriebenen leichten Veränderungen um einige Gefäfse und um einige Glomeruli ausgenommen, keine erheblichen Alterationen. Die sehr ausgesprochenen Windungen der Bindegewebsbündel, besonders der tieferen, welche von H. Hebra hervorgehoben werden, finden wir da ebenfalls. Wir können indessen diesem Umstande angesichts des Krankheitsprozesses keinen Wert beilegen; denn wir finden, dafs das elastische Gewebe im ganzen tieferen Teile des Derma, sobald der oben beschriebene Infiltrationsrand aufhört, in ganz normaler Form und in normalen Proportionen sich zeigt.

An einigen der gröfseren Gefäfse des Derma und des Hypoderma erscheint die Intima etwas verdichtet und zwar in gleichmäfsiger, homogener Weise. Indessen in Berücksichtigung des Alters des Individuums, dem das Untersuchungsmaterial entnommen war, und in Berücksichtigung, des weiteren Umstandes, dafs um diese Gefäfse herum keine Anzeichen andrer Alterationen zu sehen sind, glauben wir diese Läsion einiger Arterienwandungen nicht in Zusammenhang mit dem Krankheitsprozesse setzen zu sollen.

Die Nerven, die Musculi arrectores, die Knäueldrüsen sind im wesentlichen normal.

Von Haarfollikeln und von Talgdrüsen konnte ich in den vielen von mir untersuchten Schnitten nie auch nur Spuren finden.

Die von mir untersuchten Präparate waren im Alkohol aufbewahrt und rührten von der Leiche eines 69 Jahre alten Mannes her. Er war Lehrer und wurde wegen Nervosität pensioniert.

5 Jahre vor seinem Tod trat eine rötliche, etwas rauhe, flache Stelle

Digitized by Google

am linken Handgelenk auf, welche anfangs klein, nach und nach sich vergrößerte und mit geringem Pruritus verbunden war. Sodann 1 Jahr darauf trat eine Stelle auf der rechten Brust, dann eine in der Gegend des Magens auf, dann solche an Füßen und Schienbeinen, klein anfangend und handtellergroß werdend. Alle Stellen schuppten etwas. Neue Stellen machten sich durch geringes Jucken geltend. Nach 4 Jahren war der ganze Körper befallen. In den letzten Jahren hat Pat. 12 Pfund abgenommen. Die Nächte waren seit langer Zeit schlecht. Er war seit 20 Jahren stets aufgeregt und besonders seitdem die Hautkrankheit aufgetreten ist. Seit einem Jahr kamen häufig Geschwüre an den Unterschenkeln vor. In den letzten Monaten gesellte sich ein nässender Ausschlag des Kopfes hinzu; die Blasen trockneten rasch zu Schorfen ein.

Zur Zeit, als Pat. in Dr. Unnas Klinik aufgenommen wurde (1885), war fast der ganze Körper von einer tiefen, diffusen Rötung oder von breiten konfluierenden Flecken von nämlicher Farbe mehr oder weniger ausgesprochen bedeckt, welche sich kontinuierlich in feinen Lamellen abschuppten und mit leichtem aber beständigem Pruritus verbunden waren. Hauptsächlich an den Armen, an den Handtellern und an den Fußsohlen war die Haut stark verdichtet, und an vielen ausgedehnten Stellen pergamentartig. Die Nägel waren nicht pathologisch verändert. Die Augenbrauen meist ausgefallen. Augenwimper fast sämtlich verloren. Die Lidhaut verkürzt und etwas nach außen gerichtet, so daß die katarrhalisch affizierte Bindehaut als roter Saum sichtbar war. Der spärlich weiß behaarte Schädel war mit großen gelben Ekzemborken fast ganz bedeckt. Die Genitalien waren frei von der Krankheit. Die Haut der Unterschenkel war in toto sehr hart, pergamentartig, stark abschuppend und auf der Vorderseite mit vielen kleinen oberflächlichen Geschwüren versehen. Onychogryphose der großen Zehe rechts. Der groß und kräftig gebaute Patient war erheblich geschwächt und klagte über beständiges Frieren am ganzen Körper. Beim Entkleiden umgab ihn eine Wolke von weißgelblichen Schüppchen, die einen unangenehmen, fettsäuerlichen Geruch verbreiteten. Die gesamte Körperhaut fühlte sich höher als normal temperiert an. Fieber war nicht vorhanden. Nach ca. 6 Monaten, während welcher innerlich und äußerlich die verschiedensten Kurmethoden umsonst versucht wurden, starb der Patient an Marasmus, zum Skelett abgemagert. Die Autopsie ergab an den inneren Organen keine Todesursache. Es lag hier einer jener Fälle vor, deren Herr Dr. Unna auf dem Pariser Kongresse erwähnt, in welchen das Bild der Pityriasis rubra als Endstadium eines universellen seborrhoischen Ekzems auftritt.

Digitized by Google

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Impeticula capillitii, eine neue impetigoähnliche Krankheit des behaarten Kopfes.

Von

Dr. T. Pavloff,
aus St. Petersburg.

Mit 2 lithographischen Tafeln.

Am 27. April c. d. J. trat in die dermatologische Klinik des Herrn Dr. Unna in Hamburg eine Kranke ein, Wittwe B., 39 Jahre alt, Mutter von 6 Kindern, mit der Angabe, einen Ausschlag am behaarten Kopfe zu haben, welchen sie schon seit zwei Wochen bemerkte. Bei der Untersuchung fand man in der Gegend des Hinterhauptbeines zwei mit gelbgrünlichen Borken bedeckte, rote, etwa zehnpfennigstückgroſse Flecke. Die Haare an dieser Stelle waren verklebt, sonst aber unverändert. Nach Abnahme der Borken hatte man eine dunkelrote, etwas feuchte Fläche vor sich. Jucken war nur in geringem Grade vorhanden. An dem übrigen Körper keine Effloreszenzen. Im allgemeinen fühlt sich die Kranke ganz gesund und war noch niemals krank.

Nach der Angabe der Patientin waren zu allererst kleine mit ziemlich klarem Inhalt gefüllte Bläschen vorhanden, von denen einige bald darauf von selbst platzten, andere durch Kratzen eingerissen wurden. So kam es zur Entwickelung von Borken. Auch gab die Patientin an, daſs von ihren 6 Kindern 3 an ebendemselben Ausschlag erkrankt waren. Zu allererst wäre ihre kleine Tochter, dann sie selbst und endlich zwei Söhne, letztere in einer und derselben Zeit erkrankt. Die kranken Kinder wurden in die Klinik aufgenommen, und die Untersuchung ergab folgendes: Das 6 Jahre alte Mädchen Alma ist schon seit 8 Wochen krank. Wie bei der Mutter am behaarten Kopf, hauptsächlich in der Gegend des linken Scheitels und des Hinterhauptbeins, fanden sich etwa 5 mit Borken bedeckte Flecke von verschiedener Gröſse. Die Haare waren normal. Jucken war ganz gering. Die Drüsen des Halses waren geschwollen und deutlich zu fühlen, besonders in der Nackengegend. Am übrigen Körper war auch hier nichts zu bemerken. Die zu einer und derselben Zeit erkrankten Knaben, Albert von 8 Jahren und Heinrich von 10 Jahren, waren seit 8 Tagen krank. Bei Albert fanden sich etwa 10 über den

Digitized by Google

behaarten Kopf zerstreute Flecke von Linsen- bis Zehnpfennigstückgröfse. Auch diese waren mit gelbgrünlichen Borken bedeckt, nach deren Abnahme rotschimmernde Flecke von feuchtem Glanze erschienen. Bei dem Knaben Heinrich lokalisierte sich dieser Ausschlag hauptsächlich an der linken Schläfengegend und etwas am Ohr und Nacken. Bei diesen zwei Knaben waren die Halsdrüsen auch vergröfsert, die Haare normal und nirgends feste Infiltration zu fühlen.

Der Charakter war demnach bei allen dergleiche. Seborrhoische Symptome oder Pediculosis waren nicht vorhanden. Das Allgemeinbefinden war sowohl bei der Entwickelung als wie im Verlauf der Krankheit ein ganz gutes.

Die Kranken gehören einer armen jüdischen Familie an, welche aus 7 Köpfen besteht und nur 3 Zimmer bewohnt. Die Mutter selbst hielt die Krankheit für ansteckend.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden die Haare von kranken Stellen epiliert, was mit Mühe gelang und ziemlich schmerzhaft war. Sowohl die freien Haarteile als die Haarwurzeln waren normal, nirgends Hyphen zu sehen.

Da ich von dem ansteckenden Charakter dieser Krankheit überzeugt war, so erachtete ich auch eine bakteriologische Untersuchung für nötig. Da aber die Borken erfahrungsgemäfs durch zahlreiche accessorische Keime aus der Luft u. s. w. verunreinigt zu sein pflegen, so beschränkte ich mich darauf, nach strengster Reinigung der betreffenden Stelle der Kopfhaut mit grüner Seife und sterilisiertem Wasser mittels ausgeglühter Pinzette mehrere Haare zu entnehmen. Dieselben wurden in Gelatine und Agarröhrchen, deren Inhalt bei Körpertemperatur flüssig gehalten war, übertragen. Die Gelatine wurde dann auf Platten ausgegossen. Im ganzen wurden 6 Platten angelegt, drei von Haaren von Albert und drei von Alma.

Schon nach 2 Tagen (Zimmertemperatur) zeigten sich Trübungen in der Gelatine, am vierten Tage sah man bereits sehr zahlreiche, kleine, scharf umschriebene, weifsliche Punkte. Viele derselben bildeten miteinander Gruppen, welche eine mehr gelbliche Farbe hatten. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Platten am fünften Tage sah man bei schwacher Vergröfserung aufser einigen Schimmelpilzen die ganze Oberfläche besäet mit einander ganz gleichen Kolonien, welche in bezug auf Gröfse sowohl wie auf Farbe den roten Blutkörperchen ähnlich waren. Die Färbung war durchweg regelmäfsig graugelblich und die Konturen scharf begrenzt.

In den Agarröhrchen zeigten sich am achten Tage an den Haarwurzeln ganz ähnliche stecknadelkopfgrofse Kolonien mit scharf begrenzten Rändern. Die Plattenkulturen, wie die Agarröhrchen bestanden aus

Digitized by Google

ziemlich grofsen Kokken, welche in Trockenpräparaten teils vereinzelt, teils in Ketten von 3—4 Individuen, teils in Haufen auftraten. Diese Mikrokokken färbten sich sehr intensiv mit Anilinfarben.

Es war mir also gelungen, Reinkulturen von einem und demselben Mikrokokkus zu bekommen.

Da jedoch die Platten zu dicht besäet waren, um das Wachstum einzelner Kolonien beobachten können, so wurden neue Plattenkulturen angelegt. Aufserdem wurden auch noch Abimpfungen in Gelatine und Agarröhrchen und auf Kartoffeln gemacht.

Ich fand, dafs in allen diesen Nährböden dieser Mikrokokkus schon bei gewöhnlicher Temperatur sehr gut wuchs.

In den neuen Platten war ein ähnlicher Befund, wie in den früheren. Die einzelnen Punkte waren sehr klein und lagen teils in der Tiefe, zum gröfsten Teil aber mehr oberflächlich. Die letzteren zeigten von der Seite aus gesehen eine kleine trichterförmige Vertiefung und erschienen graugelblich gefärbt. Die tiefen waren von mehr hellgelblicher Färbung. Beide waren scharf begrenzt, rundlich, höchstens etwas oval und feingekörnt. Von einer peripherischen helleren Zone setzte sich ein dunkleres Zentrum ab, in dem die Körnchen dichter gelagert sind. Die weitere Beobachtung des Wachstums ergab, dafs die Kolonien an Umfang langsam zunahmen, ohne die Eigentümlichkeiten der kleineren zu verlieren. Die obenerwähnte trichterförmige Vertiefung der oberflächlichen Kolonien verflachte sich allmählich unter Verflüssigung der Gelatine. Die einzelnen Kolonien verschmolzen nach und nach, die Verflüssigung nahm mehr und mehr zu, und in 10—12 Tagen waren die Platten ganz verflüssigt.

Was die Entwickelung der Kokken in den Gelatinestichkulturen anbetraf, so ist das Wachstum ziemlich charakteristisch. Schon am nächsten Tage erscheint im Verlaufe des Impfstichs eine leichte Trübung, die aus kleinen, sehr dicht gehäuften Körnchen besteht. Die Farbe dieser Trübung ist weifs, mit hellgelblichem Schimmer. An der Oberfläche des Impfstichs erscheint alsdann ein klares, rundes Luftbläschen. Dasselbe ist anfangs nur stecknadelkopfgrofs, vergröfsert sich aber nach 2—3 Tagen sehr stark und nimmt eine mehr längliche Form an. Die Oberfläche der Gelatine ist dabei scharfrandig, wie mit einem Locheisen ausgeschnitten und trichterförmig eingezogen. Unter dem Luftbläschen findet sich eine dünne gelbliche Schicht, welche ähnlich auch an den Wänden des Bläschens sich hinauferstreckt. Mit der Zunahme des Bläschens wurden die Körnchen des Impfstiches immer gröfser, rückten unter Verflüssigung der Gelatine auseinander, wodurch der Impfstich sich im ganzen verbreiterte und eine teils regelmäfsig cylindrische, teils etwas konische Form annahm. Die Körnchen beginnen dann sich allmählich auf den Boden zu senken und bilden dort eigenartige Gestaltungen von dem Aussehen

Digitized by Google

einer Schüssel, einer Locke u. dergl. Die verflüssigte Gelatine wird dabei wieder durchsichtiger und fast klar, so dafs nur eine leichte Trübung zurückbleibt. Die Verflüssigung der Gelatine ist ohne weiteres kaum zu erkennen. Erst wenn man das Gläschen umkehrt, bemerkt man, dafs entlang des Impfstichs die Gelatine verflüssigt ist. Mit zunehmendem Alter der Kultur verbreitet sich nach und nach auch die trichterförmige Einziehung der Oberfläche, zugleich dehnt sich die geringe Trübung um den Impfstich in der Breite aus, so dafs am 10.—12. Tage etwa das Röhrchen folgende Gestalt zeigt: An der Oberfläche eine flache Vertiefung, deren Grund von einem dünnen Anfluge überzogen ist; nach unten zu eine leichte Trübung, die fast die ganze Breite des Röhrchens einnimmt. An der dem Stichende entsprechenden Stelle sieht man ein unregelmäfsiges Häufchen, oder in den meisten Fällen eine Art Schale, gebildet aus den dort ausgeschiedenen Körnchen. Der untere sowie der obere Teil ist von schöner zitronengelber Färbung. Die Gelatine ist nun vollständig flüssig, klar und farblos geworden.

Die Entwickelung von Kolonien auf Agar-Agar bietet nichts besonders Charakteristisches. Schon am 2.—3. Tage erscheint auf der Oberfläche entlang des Impfstichs eine Trübung von gelblicher Farbe. Zu beiden Seiten desselben dagegen einzelne Kolonien von ganz regelmäfsig runder Form und schöner zitronengelber Färbung. Diese Kolonien fliefsen allmählich ineinander; an ihren Rändern treten von neuem kleine einzeln stehende Kolonien auf, welche sich vergröfsern und vereinigen, so dafs in 1 oder $1^1/_2$ Wochen die ganze Oberfläche des Agar von einem gleichmäfsigen, zitronengelben Belag überzogen ist. Seine Oberfläche bleibt etwas körnig gewellt, als Ausdruck dafür, dafs er aus dem Zusammentreten einzelner Kolonien hervorgegangen ist.

Auf der Kartoffel zeigt sich schon am dritten Tage in der Richtung des Stiches ein zitronengelber Anflug, stellenweise gleichmäfsig, stellenweise in Form von Tropfen. Allmählich zu beiden Seiten des Stiches sich ausbreitend, fliefst dieser Anflug nach ca. einer Woche mit einem solchen des benachbarten Striches zusammen, und ein grofser Teil der Kartoffeloberfläche erscheint nun bedeckt von den ausgebreiteten Kolonien. Die von letzteren freigebliebenen Stellen der Kartoffeloberfläche behalten die ganze Zeit ihre normale Farbe.

Zu verschiedenen Zeiten und von verschiedenen Kulturen habe ich Impfungen mit diesen Mikrokokken angestellt, teils an Kaninchen, teils an mir selber. Beim Kaninchen wurde eine beträchtliche Quantität der reinkultivierten Mikrokokken mittels der Fläche eines gut sterilisierten Messers oberflächlich auf die Rückenhaut eingerieben. Eine heftigere Entzündung trat darauf nicht auf. Dagegen zeigte sich an der Impfstelle in 2—3 Tagen eine kleine Rötung unter Ablagerung dünner Krusten

Digitized by Google

und Schüppchen. Tiefergreifende Infiltrate entwickelten sich nicht. Bei subkutaner Injektion einer ganzen Spritze der reinen Kultur unter die Rückenhaut eines Kaninchens erfolgte keine stärkere Wirkung, sondern nur geringe Rötung und Krustenbildung. Dafs im vorliegen Falle die Kultur vollkommen wirksam war, erhellt daraus, dafs die Einimpfung von derselben Kultur in meine eigene Haut vollständig charakteristische Folgeerscheinungen nach sieh zog.

An mir selber habe ich die Einimpfung fünfmal ausgeführt; viermal an der Streckseite des linken Unterarms und das eine Mal am behaarten Hinterkopfe (s. Taf. I). Die erste Einimpfung auf der Stelle am Unterarm, ausgeführt durch einfache oberflächliche Einreibung in die Haut, blieb resultatlos. Die folgenden Impfungen wurden in der Weise angestellt, dafs die obersten Schichten der Epidermis vorher mit Hilfe einer sterilisierten Nadel leicht geritzt wurden, worauf dann die reine Kultur mit der Fläche eines Messers eingerieben wurde. Selbstverständlich wurden die zur Einimpfung auserlesenen Stellen vorher sorgfältig durch Sublimatwaschung und Entfernung des Desinfiziens mit sterilisiertem Wasser desinfiziert. Nach geschener Impfung wurde die betreffende Hautoberfläche mit einem Stückchen Filtrierpapier bedeckt und das Ganze schliefslich mit einer wattierten Leimschicht überzogen. Am zweiten Tage nach der Impfung stellten sich die ersten Zeichen einer Erkrankung, meist nur als ein unbedeutendes Jucken ein. Gewöhnlich wurde am dritten oder vierten Tage der Leimverband entfernt. Alsdann zeigte sich folgendes Bild: Die mit den Mikrokokken geimpften Stellen erschienen intensiv gerötet und gegen die normale, weifsgefärbte Umgebung nicht scharf abgesetzt. Auf diesem geröteten Grunde treten hellgelbe Krustchen auf, und hin und wieder feine Bläschen, die mit ziemlich durchsichtigem gelben Inhalt angefüllt sind. Dieselben zerplatzen bei der geringsten Berührung. Am allerausgeprägtesten war das Bild an der geimpften Stelle der behaarten Kopfhaut, wie die Figur auf Tafel I es wiedergibt. Das Bild war ganz und gar ähnlich demjenigen, welches wir bei den obenerwähnten Patienten beobachtet hatten. Die durch Einimpfung der Mikrokokken hervorgerufene Krankheit heilte in den meisten Fällen ohne jede Behandlung, ganz von selbst. Nur auf dem behaarten Kopfe hielten sich die Krusten etwas länger. Nach deren gänzlichem Abfallen blieb eine kleine, kaum merkliche Pigmentation, sowie eine leichte Abschilferung zurück.

Der Inhalt der obenerwähnten, durch die Impfung hervorgebrachten Bläschen wurde von mir sowohl einer mikroskopischen, als auch einer bakteriologischen Untersuchung unterworfen. Erstere ergab den Befund einer sehr geringen Menge Eiterkörperchen und Epithelialzellen, in der die Bläschen ausfüllenden Flüssigkeit. Mikrokokken fanden sich in ge-

Digitized by Google

ringer Anzahl vor, und wurden dieselben teils frei zwischen den Zellen, teils in ihnen angetroffen.

Was nun die bakteriologische Untersuchung anbelangt, so wurde der Inhalt der Bläschen in der gewöhnlichen Weise auf Gelatine und Agar übertragen. Aus den angelegten Kulturen wuchsen ausschliefslich dieselben Mikrokokken wie bei den untersuchten Kranken. Sie waren demnach auch hier in Reinkulturen vorhanden.

Um den anatomischen Charakter dieser Krankheit festzustellen, liefs ich mir von meinem linken Unterarm die Hautstelle herausschneiden, wo sich zu dieser Zeit am vierten Tage nach der Impfung das vollständig charakteristische Bild der Krankheit entwickelt hatte. Das exzidierte Hautstückchen wurde der mikroskopischen Untersuchung unterzogen und ergab folgenden Befund.

Schwache Vergröfserung: An den affizierten Stellen ist die Hornschicht in toto abgehoben; zwischen ihr und dem darunter liegenden Stratum findet sich je nach dem Grade der Entwickelung des Bläschens eine koagulierte, feinkörnige, sich nicht färbende, gelbliche Substanz, in welcher einzelne mit Hämatoxylin sich dunkelblaufärbende Kerne enthalten sind, oder der ganze Zwischenraum von enganeinanderliegenden, dunkelblauen, fragmentierten Kernen eingenommen. Die Stachelschicht zeigt bei schwacher Vergröfserung kaum erwähnenswerte Veränderungen; in ihren interepithelialen Spalten sieht man dunkler blau gefärbte Wanderzellenkerne. Einzelne Papillen scheinen etwas angeschwollen, die meisten sind wohl kernreicher, aber nicht dicht infiltriert. Um die subpapillaren Gefäfse ist die Zelleninfiltration viel ausgesprochener und macht sich bei Hämatoxylinfärbung als Streifen und Inseln von blaugefärbten Körnchen bemerkbar. Diese Herde nehmen aber blofs an einzelnen Gefäfsen eine besondere Dichtigkeit und Ausbreitung an. Die Bläschen der Hornschicht kommen einander durch allmähliche Vergröfserung immer näher, werden endlich voneinander nur durch eine dünne Wand von Hornschicht abgegrenzt und können auch konfluieren. Die Entstehung aus mehreren Bläschen ist dann noch an einem Reste der Scheidewand, welcher vom Grunde des Bläschens in Form eines Spornes hervorspringt, nachzuweisen.

Starke Vergröfserung: Die Blasendecke wird zumeist von der Hornschicht gebildet, stellenweise aber ist das Stratum granulosum ganz oder wenigstens zum Teil in die Blasendecke eingeschlossen worden. An einzelnen Stellen geht die Blase etwas tiefer in die Stachelschicht hinunter; an diesen Stellen ist der Blaseninhalt ganz besonders reich an dichtgelagerten Kernfragmenten der Eiterzellen und Blutpigment. Die benachbarten Zellen des Stratum spinosum sind an solchen Stellen etwas beiseite gedrängt, trübe, mit etwas schwächer färbbaren Kernen, mit

Digitized by Google

erweitertem perinukleären Raume versehen, zum Teil flachgedrückt, zum Teil durch Imbibition einerseits und durch Druck vonseiten der benachbarten Pustel stark in die Länge gezogen. In einzelnen hat sich der Kern überhaupt nicht gefärbt. Am Grunde einzelner Blasen finden sich stark geschwollene Zellen der Stachelschicht mit farblosen, ziemlich groben, niederschlagähnlichen Körnern in aufgehelltem, gequollenem Zellprotoplasma. Ihr Kern ist zwar deformiert, aber noch gut färbbar. Auch diese können durch immer stärkeres Aufquellen und endliches Konfluieren in die Blase aufgehen. Sie sind nicht zu verwechseln mit ähnlichen Höhlen, welche durch allmähliche Erweiterung der interepithelialen Saftspalten entstehen und die, von komprimierten Epithelien begrenzt, ganz das Aussehen der soeben beschriebenen gequollenen Epithelien besitzen. Dieselben enthalten die durch die Härtungsflüssigkeit niedergeschlagene Lymphe. Zum Unterschiede von der vorigen enthalten sie aber statt der Epithelkerne Kernfragmente der Wanderzellen, und ihre Wandungen zeigen auch manchmal, wie bei ihrer Entstehung aus komprimierten Epithelien zu erwarten war, den komprimierten Kern derselben. Die interepithelialen Lymphbahnen sind zum Teil erweitert und mit Wanderzellen erfüllt. An einzelnen Stellen sieht man die obersten Lagen des Epithels, teilweise der Stachelschicht, teilweise schon dem Stratum granulosum angehörend, durch dazwischen gedrungene Lymphe, welche mehr oder weniger Wanderzellen enthält, voneinander abgedrängt und flachgedrückt. Diese Stellen haben ein wabenförmiges Aussehen. Die Lymphbahnen des Epithels sind übrigens im allgemeinen erweitert und von mehr oder weniger Wanderzellen durchzogen.

Über einzelnen stark geschwollenen Papillen ist das Epithel abgeflacht. Das Epithel des Stratum spinosum ist im allgemeinen gequollen, ebenso die Kerne desselben. An Stellen, wo die Entzündung noch nicht sehr intensiv ist, also ganz besonders in der Peripherie des Prozesses, finden sich kariomitotische Figuren in grofser Anzahl, oft acht bis neun in einem Gesichtsfelde. Dieselben finden sich ebenfalls in dem Epithel eines Knäueldrüsenausführungsganges, welcher durch das entzündete Corium hindurchgeht. Die Papillen sind zum Teil mit erweiterten Gefäfsen und Lymphspalten versehen und von einigen einkernigen oder einen fragmentierten Kern enthaltenden, runden Zellen, hier und da auch von einigem amorphen Blutpigment durchsetzt. Einzelne Papillen sind besonders reichlich mit Rundzellen versehen, welche sich auch hier mit besonderer Vorliebe an die Gefäfse anschliefsen, welche hier ganz besonders erweitert und mit Rundzellen angefüllt sind. Diese Papillen sind besonders geschwollen, das Epithel über denselben besonders plattgedrückt, reichlich von Rundzellen durchwandert, das darüber liegende Bläschen dicht von Kernfragmenten erfüllt. Die erweiterten und gewöhnlich mit weifsen

Digitized by Google

Blutkörperchen vollgepfropften subpapillaren Blutgefäfse sowie auch einige noch tiefere werden von verschieden grofser Anzahl von mehr oder weniger dicht gelagerten, runden, einkernigen Zellen von der Gröfse eines weifsen Blutkörperchens umgeben. Das Corium ist auch sonst im allgemeinen kernreicher.

Die Blasenbildung ist in diesem Falle nur zum geringen Teile der Kolliquation zuzuschreiben. Nur ganz ausnahmsweise findet sich eine Stelle, wo sich ein minimalstes Bläschen durch Kolliquation einiger Zellen der Stachelschicht ein bis zwei Zellreihen unterhalb der Körnerschicht gebildet hat. Die Quellung der Zellen auf dem Grunde der gröfseren Blasen ist nur die Folge einer Imbibition mit dem serösen Inhalt der schon gebildeten Blasen der basalen Hornschicht, eventuell mit dem Stratum granulosum, ist also nur sekundär. Von gröfserem Belange für die Blasenbildung scheinen mir die als wabenförmig beschriebenen Partien zu sein; dieselben scheinen die jüngste Form der Bläschen der Horn- und Körnerschicht darzustellen. Durch allmähliche Vergröfserung dieser Maschenräume infolge des fortwährenden Zuflusses von Lymphe und Wanderzellen konfluieren dieselben zum Teil und heben anderseits die Hornschicht eventuell noch mit einem Teile des Stratum granulosum empor. An Schnitten, welche wenige Wanderzellen und Kernfragmente enthalten, sieht man diese Zellen noch als dünne Scheidewände durch die Blase ziehen. An andern Bläschen ist von diesem wabenförmigen Bau nichts zu sehen. Die Bläschen formierten sich hier wahrscheinlich nur einfach durch Trennung der Hornschicht vom darunterliegenden Stratum. Wir haben es also hier hauptsächlich mit Exfoliationsblasen zu thun, deren teilweise eigentümliche Entstehung ich oben beschrieben habe. Die stärkere Durchtränkung des Epithels führt nur an einzelnen, wahrscheinlich stärker lädierten Stellen zur Bildung kleinster Kolliquationsbläschen.

Einige Präparate waren nach Dr. von Sehlens Methode in Paraffineinbettung auf den Objektträgern durch Eiweifs fixiert und in verschiedener Weise gefärbt. Einmal wurden sie einer Doppelfärbung unterzogen, mit Pikrokarmin-Vorfärbung und nachfolgender Gramscher Methode. Andre Schnittserien wurden mit Löfflers alkalischem Methylenblau gefärbt. Die in ersterer Weise gefärbten Schnitte zeigen die Kerne rot und das histologische Bild homolog dem schon beschriebenen. Die Hornschicht erscheint im ganzen dunkelblauviolett. In derselben treten vielfach kleine dunkle Körnchen hervor, die eine verschiedene Gröfse und kleine Gestaltsunterschiede aufweisen. Aufser dieser (auch normalerweise in den Hornzellen vorhandenen) Körnelung finden sich kleine, gleichmäfsig runde, kugelförmige Elemente, welche intensiv dunkelblau gefärbt sind. Dieselben liegen meist einzeln, zu zweien oder in geringer Zahl, mitunter

Digitized by Google

aber auch in kleinen Haufen zusammen. Dieselben sind nach ihrem ganzen Aussehen Mikrokokken von 0,5 μ Gröfse. Die Kokken finden sich nur an den Stellen, wo die Hornschicht bläschenförmig abgehoben ist und in der nächsten Umgebung derselben und sind hier in reichlicher Menge zwischen den Hornzellen vorhanden; besonders angehäuft liegen sie an der Unterfläche des Epidermisdeckels der Bläschen, von wo aus sich einzelne Kokkenzüge in das lockere Maschengewebe der Pustel und zwischen die Eiterzellen hineinerstrecken. Mitunter findet man hier, wie die Fig. auf Tafel II zeigt, die Kokken zu hunderten in dem Eitergewebe der Bläschen verteilt. An einzelnen Stellen findet man Zellen der obersten Epidermislagen, deren Kern dunkelrot gefärbt und von Kokken umlagert ist. An solchen Stellen findet sich beginnende Bläschenbildung, welche den Eindruck erweckt, als wenn sie aus einer kolliquativen Veränderung des Zellleibes hervorginge. Vereinzelt sieht man am Grunde der Bläschen Kokken, die bis auf das doppelte der gewöhnlichen Gröfse (bis 1 μ und darüber) angeschwollen und weniger dunkel gefärbt erscheinen. Es sieht so aus, als ob hier ein Degenerationsprozefs der Kokken vorliegt. In die tiefern Schichten der Stachelschicht setzt sich die Kokkeninvasion nicht fort. Eine stärkere Anhäufung von Leukocyten bildet in der Gegend der basalen Hornschicht eine Art Grenzwall, den die Kokken nirgends überschreiten. Die tieferen Infiltrationen der Cutis und Papillen, sowie die perivaskulären Anhäufungen von Rundzellen erweisen sich durchgehends frei von Mikrokokken.

Die beschriebenen tiefen Entzündungserscheinungen sind demnach nicht das Resultat einer tiefgreifenden Kokkeneinwanderung, sondern der Reaktion des Gewebes auf mehr oberflächlichen Reiz, der wahrscheinlich durch die Resorption von Umsatzprodukten der Mikrokokkenwucherung in den obersten Hornschichten bedingt wird.

Die Bildung der Bläschen dagegen und die Einwanderung der Leukocyten bis zu ausgesprochener Vereiterung erfolgt offenbar unter dem direkten Einflufs der eingedrungenen Mikroorganismen.

Die einfache oberflächliche Applikation der Kokken resp. ihrer in künstlichen Nährböden gezüchteten Umsatzprodukte war nach dem Ergebnis der oben geschilderten negativen Impfversuche nicht imstande, irgend welche Entzündungserscheinungen hervorzurufen. Erst nachdem durch mechanische Verletzung, wenn auch noch so geringfügiger Natur, den Mikrokokken der Eintritt zwischen die Zellen der Stachelschicht ermöglicht war, traten die reaktiven Veränderungen des Gewebes auf. Es gehört dazu also wohl erst die Bildung irgendwelcher spezifischer

Digitized by Google

Ptomaine, die durch den Lebensprozefs der Mikrokokken aus den chemischen Konstituenten des Organismus selbst entstehen.

Nachdem ich nun mehr oder weniger eingehend das klinische Bild, die bakteriologischen und mikroskopischen Eigenschaften dieser Krankheit geschildert habe, will ich einiges über die Art der von mir gefundenen Mikrokokken sagen.

Betrachtet man die Form, das Wachstum auf den verschiedenen Nährböden und namentlich jene charakteristische zitronengelbe Farbe, die dieser Mikrokokkus bei seiner Vegetation auf jenen Nährböden hervorruft, so kann man ihn mit grofser Wahrscheinlichkeit der Art jener Eiterkokken beizählen, welche zuerst von Passet unter dem Namen Staphylococcus pyogenes citreus beschrieben worden ist. Ebenso, wie der genannte Autor, so halten bekanntlich auch alle übrigen denselben für eine blofse Spielart der beiden andern Gattungen Staphylokokken, aureus und albus, und da er stets zusammen mit der einen oder mit diesen beiden Arten angetroffen wird, so legen diese Autoren ihn keine besondere pathophore Bedeutung bei. Wenn auch die oben angeführten Beobachtungen über die Entwickelung dieses Mikrokokkus im allgemeinen mit den Ansichten andrer Autoren übereinstimmen, so kann ich doch nicht umhin, einige besondere Eigentümlickeiten hervorzuheben, die, wie es mir scheint, nur dieser Gattung eigen sind und welche dieselbe wesentlich von den beiden andern Gattungen Staphylokokken unterscheiden.

Diese Eigentümlichkeiten betreffen einerseits die Vegetation in Gelatineröhrchen, anderseits die pathophoren Eigenschaften. Bei der oben eingehend ausgeführten Darstellung der Entwickelung dieses Mikrokokkus habe ich darauf hingewiesen, dafs sich am oberen Teil der Gelatine nach 2—3 Tagen eine trichterförmige Vertiefung bildet, welche 4—5 Tage lang ihre Form behält und während der weiteren Entwickelung die Gestalt einer schalenförmigen Vertiefung annimmt. Diese eigentümliche Trichterform ist bisher in gleicher Weise nur von Kochschen Kommabacillen der asiatischen Cholera und einigen andern Spirillenarten beschrieben und bildet also, meiner Meinung nach, einen unterscheidenden Charakterzug dieses Mikroorganismus gegenüber den andern Staphylokokkenarten, aufser seiner charakteristischen Färbung. Was nun aber seine pathophoren Eigenschaften anbelangt, so unterscheidet er sich von den beiden andern Staphylokokkenarten noch dadurch, dafs, während diese letzteren, wie Versuche an Tieren und Menschen gezeigt haben, stets tiefe Entzündungen der Haut, Abscesse, Phlegmonen etc. hervorbringen, der in meinen Fällen als Ursache gefundene Staphylococcus pyogenes citreus dagegen, wie ich nachgewiesen zu haben glaube, nur oberflächliche Entzündungserscheinungen erzeugt, wobei er sich nur in geringer Menge entwickelt.

Was also die Stellung dieses Mikroorganismus zu den bisher be-

Digitized by Google

kannten pathophoren Kokkenarten betrifft, so muſs ich zunächst nach seiner Ähnlichkeit mit den goldgelben und weiſsen Eitertraubenkokken annehmen, daſs ich den PASSETschen Staphylococcus pyogenes citreus vor mir hatte. Da dieser jedoch bisher, auch von PASSET, nicht so genau beschrieben ist, wie die andern beiden Arten, ich aber bestimmte Unterschiede im Wachstum und in dem pathophoren Verhalten aufgefunden habe, so wäre an die Möglichkeit zu denken, daſs mein Mikroorganismus dem PASSETschen nur ähnlich, aber nicht mit ihm identisch sei. Eine genaue Untersuchung des PASSETschen Staphylococcus citreus wird diese Alternative bald entscheiden können. Sollten wirklich Differenzen bestehen, so möchte ich mir eine Namengebung für den vor mir gefundenen Organismus vorbehalten.

Wenn ich nun alle obigen Auseinandersetzungen resümiere und in Betracht ziehe, daſs bei der Untersuchung der beschriebenen Krankheit eine vollkommene Reinkultur eines zitronengelben Staphylokokkus sich vorfand, sowie, daſs die Einimpfung der aus künstlichen Substraten gewonnenen Reinkulturen dieses Organismus ein vollständig analoges und charakteristisches Bild der Krankheit hervorrief, und schlieſslich, daſs die histologischen Veränderungen unzweifelhaft durch die Invasion des in Rede stehenden Organismus verursacht wurden, so halte ich die Annahme für begründet, daſs eben dieser Mikrokokkus das ätiologische Moment dieser Krankheit darstellt.

Die von mir als eine kleine Hausepidemie beobachtete neue Krankheit der Haut zeigt offenbar vor allen bekannten Dermatosen am meisten Ähnlichkeit mit der Impetigo contagiosa.

Sehen wir zunächst davon ab, daſs TILBURY FOX geneigt war, die letztere als eine konstitutionelle, leicht fieberhafte, typisch ablaufende Erkrankung zu betrachten. Wäre die Impetigo contagiosa FOX wirklich eine solche, so würde überhaupt mit unsrer ganz lokal kontagiösen Dermatose nicht der geringste Berührungspunkt bestehen. Aber die spätern Autoren, so KAPOSI, UNNA, LANG, GEBER haben diese Ansicht auch verlassen und betrachten die Impetigo contagiosa als ein rein lokales nicht typisch ablaufendes Übel.

Definieren wir nun die Impetigo contagiosa als eine Hautkrankheit, welche Bläschen und Blasen bildet, die rasch zu dicken, gelben oder braunen Borken eintrocknen, nach deren Abfallen vollständig überhornte, etwas blaurote oder pigmentierte, runde Flecke hinterbleiben, welche weiter keine oder geringe subjektive Beschwerden erregt, besonders an unbedeckten Körperteilen jugendlicher Personen, vorzugsweise Kindern der niederen Stände epidemieweise auftritt, sich lokal kontagionistisch fort-

Digitized by Google

pflanzt und ohne zweckmäfsige Pflege sich in atypischer Weise wochen- und monatelang hinziehen kann, so ist es augenscheinlich, dafs die von mir beschriebene Krankheit der so definierten Impetigo contagiosa ungemein nahe kommt.

Auch hier finden wir das gehäufte Auftreten einer lokalisierten, oberflächlichen, vesiculo-bullösen Dermatitis in einer armen, unsauberen Familie. Auch hier bilden die Effloreszenzen sehr rasch gelbe, locker gebaute und doch ziemlich fest sitzende Borken, nach deren Abfall gerötete und pigmentierte, sonst aber normal überhornte Flecke zurückbleiben. Auch hier genügt eine einfache Pflege der Haut, die sich bis dahin unter unsauberen Verhältnissen kontagionistisch fortpflanzende Dermatose bald zum Schwinden zu bringen. Auch hier sind wie bei der wahren Impetigo contagiosa Fox sowohl Pediculi capitis, wie Ekzemata seborrhoica als ätiologisches Moment vollständig auszuschliefsen.

Aber auf der andern Seite bestehen doch zwischen beiden so nahe gerückten Krankheiten ganz bestimmte Unterschiede, die mich zunächst veranlassen, beide durchaus nicht für identisch zu halten.

Die Impetigo contagiosa Fox hat ihre bekannten Lieblingsplätze auf dem Gesichte und Handrücken. Fast niemals kommt es vor, dafs an anderen Körperteilen (Unterschenkel, behaarter Kopf, Rumpf) Blasen und Krusten sich finden, ohne dafs Gesicht und Hände noch mehr befallen wären.

Dahingegen waren in unseren sämtlichen Fällen die mittleren Teile des Gesichtes und die Hände von Effloreszenzen frei, und die letzteren gruppierten sich statt dessen gehäuft auf dem von Impetigo contagiosa nur seltener und stets nur sekundär befallenen behaarten Kopfe. Wäre diese bemerkenswerte Lokalisation nur an einem Individuum meiner Hausepidemie aufgetreten, bei den andern aber Gesicht und Hände befallen gewesen, so hätte man solch isolierten Fall als zufällig, als durch den besonderen Nährboden eines bestimmten Haarbodens erzeugt halten können. Hier war es aber anders. Alle Betreffenden zeigten dieselbe Lokalisation am behaarten Kopfe (und dessen nächster Umgebung in einem Falle) allein. Deshalb lege ich auf diese Lokalisation Wert und hüte mich, das so schon nicht besonders gut geklärte Bild der Impetigo contagiosa Fox durch Anschliefsung meiner Fälle weiter zu komplizieren.

Auf den andern Differenzpunkt, dafs bei der Impetigo contagiosa Fox stets deutlich sichtbare Bläschen und Blasen der Krustenbildung voraufgehen, bei meinen Fällen aber von vornherein Krusten auftreten, lege ich nicht denselben Wert, da die letztere Eigenschaft durch die Lokalisation auf dem Haarboden mit bedingt sein kann,

Um so mehr Bedeutung mufs ich aber dem Umstande wiederum

Digitized by Google

zumessen, dafs bei meiner künstlichen Impfung auf meinem Arm nur Bläschen, aber keine Blasen wie gewöhnlich bei Impetigo contagiosa vor der Krustenbildung sichtbar wurden. Auch will die Mutter auf dem Kopfe das Auftreten ganz kleiner Bläschen vor der Krustenbildung bemerkt haben.

Diese klinischen Unterschiede genügen vorderhand, um die zwei, allerdings sehr nahe stehenden Dermatosen vorkommenden Falles wohl zu trennen. Nur ein Moment könnte in Zukunft diese klinischen Differenzen überbrücken und beide Dermatosen als zusammengehörig erkennen lassen, — wenn nämlich für die wahre Impetigo contagiosa Fox derselbe Mikroorganismus als ätiologischer Faktor nachgewiesen würde, den ich als Ursache meiner Fälle erkannt habe. Bis dahin und andernfalls mufs ich auf Trennung beider Affektionen bestehen.

Es scheint mir kein Unglück zu sein, dafs sich bei näherer Betrachtung meine Krankheit als nicht zur Impetigo contagiosa gehörig ausweist. Denn der Name Impetigo contagiosa ist, wie allseitig anerkannt, kein glücklicher, und so habe ich die Möglichkeit, meine Erkrankung sachgemäfser zu benennen.

Da nach Hebra sen. Impetigo eine von vornherein eiterige Pustel bedeutet, so gibt es bis jetzt wohl nur zwei Krankheiten, die diesen Gattungsnamen mit Recht tragen: die Impetigo herpetiformis Hebra und die Impetigo simplex Wilson-Bockhart.

Das Auftreten gröfserer pfeffer-, erbsen- bis linsengrofser Blasen mit von Anfang an eiterigem Charakter, welche in verschiedener Höhe des Epithels ihren ersten Sitz aufschlagen, auf der Höhe der Pustel aber den gröfsten Teil der Dicke der Oberhaut einnehmen, dieses scheint mir eine allseitig haltbare anatomische Definition der Pusteln zu sein, die wir unter dem Gattungs namen Impetigo zusammenfassen müssen.

Hierzu gehört nun aber offenbar die Impetigo contagiosa Fox ebenso wenig, wie meine Affektion. Die erstere nicht, weil es dabei für gewöhnlich garnicht zu rein und von Anfang an eiterigen Pusteln kommt, sondern meist nur zu flachen, nichteiterigen Blasen, die rasch zu Borken vertrocknen und den Eindruck machen, als wenn sie oft nur Abhebungen der mittleren Hornschicht entsprächen. Meine Affektion aber ebenfalls nicht, weil hier der allerdings wahre Eiterungsprozefs nur zur multilokulären Bildung kleiner mikroskopischer Abscefshöhlen, aufserdem aber nur zur Aufquellung der Übergangschichten und der unteren Hornschichten führt. Offenbar fehlt uns für diese Art pathologischer Veränderung der Oberhaut ein passender, die geringe Ausbreitung und Dauer des Prozesses kennzeichnender Begriff.

Auf Anregung und im Einverständnis mit Herrn Dr. Unna schlage

Digitized by Google

ich deshalb vor, in Zukunft dieser anatomischen Veränderung den Namen „Impeticula“ beizulegen. Da aber die hier von mir beschriebene Affektion keineswegs die einzige ist, welche durch die besagten histologischen Veränderungen charakterisiert wird, so bedarf sie noch eines näher bezeichnenden Beiworts. Ich nenne sie daher: Impeticula capillitii.[1]

Herrn Dr. Unna spreche ich hiermit für seine thatkräftige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen tiefgefühltesten Dank aus.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut,

gehalten im Wintersemester 1888/89

von

P. G. Unna.

III.

Wallungshyperämie.

Wenn die allerhäufigste Wirkung beliebiger Reize auf das System der Hautgefäfse in einer Parese mit Erweiterung der Arterien besteht, so mufs dieser Effekt wohl einen dem Organismus zugute kommenden Erfolg haben, er mufs — wie wir sagen — zweckmäfsig sein. Und das ist er in der That. Wir haben durch Cohnheim gelernt, dafs das beste Heilmittel für alle Schäden, welche die Gefäfse treffen, eine reichliche Durchströmung mit Blut ist; selbst entzündungserregende Einflüsse können auf diese Weise paralysiert werden. Eine abnorm rasche Zufuhr frischen Blutes zu den Gefäfsen ist aber nur möglich durch Aufhebung der natürlichen Hindernisse des Kreislaufs, und das heifst für die Hautarterien speziell: durch Herabsetzung ihres Tonus. Sofort steht das reiche Kapillargebiet der Haut, speziell die papilläre Blutbahn mit ihren senkrecht aufsteigenden Schlingen unter dem vollen, sonst normalerweise in den Arterien gebrochenen Blutdruck. Die Haut rötet sich, ihre Oberfläche erwärmt sich bis auf die Blutwärme und gibt mehr Wärme an die Umgebung ab; bei allgemeiner Hyperämie (Pityriasis rubra, Lichen ruber acuminatus) soviel,

[1] Bei der Bildung des Wortes „Impeticula“ war die nahe Beziehung zu der rein pustulösen Impetigo mafsgebend. Es ist ein Diminutiv desselben, aus demselben Stamm wie Impetigo gebildet, etwa nach Analogie von „testis—testiculum.“

Digitized by Google

dafs die Patienten beständig frieren. Der Mangel an Tonus in den Arterien leitet die ungebrochene Pulswelle bis in das Kapillargebiet, was sich überall dort subjektiv als Pulsation fühlbar macht, wo statt des nachgiebigen, elastischen Panniculus ein unnachgiebiges Gewebe an die hyperämische Haut grenzt, so am Gehörgang, am Schädel. Andere subjektive Empfindungen: Jucken, Prickeln, auffahrendes Stechen verbinden sich häufig mit höheren Graden der Wallungshyperämie, ebenso stärkere Schweifsabsonderung; doch sind diese Symptome nur koordiniert und ohne notwendigen Zusammenhang untereinander und mit der Blutwallung. Ödem der Haut ist nie die Folge einfacher Hyperämie durch Parese der Hautarterien.[1] Eine eigentliche kollaterale Wallungshyperämie existiert an der Haut ebenfalls nicht; die Muskulatur derjenigen peripheren Arterien, welche, mit den Hautarterien gemeinsam entspringend, Knochen, Muskeln, Fascien und Nerven versorgen, ist nicht so stark ausgebildet, dafs ihre Verengerung durch vermehrten Seitendruck Hauthyperämien hervorbringen könnte. Dagegen ist die Haut, wie wir oben sahen, das spezielle Gebiet der kollateralen Anämien.

Trennen wir die Wallungshyperämien zunächst nach ihrem mehr allgemeinen oder lokalen Charakter, so können wir uns über diejenigen der ersten Gruppe, welche auf zentralen oder zentral vermittelten Reizen beruhen, nach der ausführlichen Einleitung jetzt sehr kurz fassen.

Das Scham, Zorn und freudige Erregungen aller Art begleitende Erythem tritt bekanntlich am Gesicht, der Backen- und Stirngegend am meisten hervor, überzieht bei stärkerer Ausbildung aber selbst den behaarten Kopf, die Ohren und vor allem Hals und Nacken. Weniger bekannt ist es, dafs man es in diesen Fällen oft bis an die Armgegend und auf das Brustbein herab in Form vereinzelter mark- und thalergrofser Flecke verfolgen kann. Weiter nach unten ist es nie bemerkbar, obwohl das subjektive Gefühl erhöhter Wärme sich oft noch weiter, über den ganzen Rücken herab ausdehnt. Die geringe Ausdehnung entspricht einem Reize, welcher von bestimmten Punkten der Grofshirnrinde nur bis zu den obersten vasomotorischen Zentren ausstrahlt und von hier aus die Hemmungszentren der entsprechenden Hautarterien der oberen Körperhälfte erregt.

Noch umschriebenere Wallungshyperämien werden durch andauernde und nicht allzu starke Reizungen der vasomotorischen Zentren nicht selten von einzelnen Teilen innerer Organe aus hervorgerufen, wenn diese der Sitz von Entzündungen oder selbst nur stärkeren Wallungen sind. Dahin

---

[1] Unna, Die nichtentzündlichen Ödeme. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. VIII. 1889. pag. 446.

Digitized by Google

gehört die Backenhyperämie zahnender Säuglinge, welche bei schon vorhandenem seborrhoischen Ekzem des Kopfes so häufig zur Einnistung des Ekzems auf den Wangen führt. Ferner die bei Pneumonikern und Phthisischen beobachtete Wangenhyperämie, für deren Erklärung vielleicht auch die Dyspnoe analog der durch Atmungssuspension erzeugten Wallung (Heidenhain) herangezogen werden könnte. Dafs die mittleren Teile der Wangen in vielen Fällen allein die Zeichen derartiger allgemeiner Reflexe tragen, hängt wohl damit zusammen, dafs hier eine leichte Parese, eine ausnahmsweise starke Hemmung des Gefäfstonus bereits physiologisch ist. Alle jene Hyperämien, welche im Gefolge von peripheren Neuralgien an der Haut eintreten, sind hier ebenfalls anzuschliefsen, sowie die fliegenden Rötungen, welche reflektorisch durch Menstruationsanomalien, durch das Klimakterium bedingt, bei Neurasthenischen und Hysterischen dagegen meist als Spiegelbilder entsprechender leichter Zirkulationsstörungen der vasomotorischen Zentren selbst anzusehen sind.

Die allgemeine Fieberröte pflegt man, ebenso wie den Fieberfrost, als eine vom vasomotorischen Zentrum direkt ausgehende Zirkulationsstörung zu betrachten. Genauer ist wohl der Vorgang so zu denken, dafs zuerst die fiebererzeugende, im Blute kreisende Schädlichkeit vom vasomotorischen Zentrum aus (auf dem Wege m—a) eine allgemeine Kontraktion der peripheren Arterien mit Blässe und Frostgefühl herbeiführt; wenn aber hierdurch der Blutdruck erhöht, die peripheren Endothelnerven und sensiblen Herznerven gereizt sind, auf den Wegen kl—m—g und h—m—g eine allmählich immer stärker werdende Hemmung der Gefäfsganglien (in g) eintritt, worauf die Frostanämie in die Fieberröte umschlägt und zwar um so plötzlicher, je stärker die Reizung des genannten Gefäfsendothels, je intensiver der Frost war.

Wenden wir uns von der allgemeinen Wallungshyperämie der Haut, welche alle hohen Fieber begleitet, zu den umschriebeneren Formen von Hautrötung, welche eine grofse Reihe von Infektionskrankheiten charakterisieren, so betreten wir ein ungemein dunkles Gebiet, auf welchem der experimentellen Pathologie noch eine reiche Ernte vorbehalten ist. Nur so viel ist schon heute mit Sicherheit auszusagen, dafs keinenfalls eine gleichartige Erklärung für alle diese Exantheme Geltung haben kann, und dafs eine jede für sich allein studiert sein will. Die Sachlage ist dadurch nur komplizierter geworden, dafs wir, seit Auspitz, an diese Exantheme die zahlreichen durch innere Darreichung von Giften und Medikamenten bewirkten — und gewifs mit Recht — anzuschliefsen gewohnt sind. Immerhin aber eröffnet die Unterordnung gewisser infektiöser Exantheme mit den Medizinalausschlägen unter den gemeinsamen Begriff der toxischen Angioneurosen der Haut die Aussicht, dafs von letzteren, dem Experimente unterworfenen Erkrankungen später ein Licht auf die

Digitized by Google

analogen, uns aber unzugänglichen Exantheme infektiösen Ursprungs fallen wird.

Es kann unmöglich unsere Aufgabe sein, auch nur sämtliche hier in Betracht kommende Formen von Hyperämie zu nennen. Es mufs genügen, an einigen bekannteren Beispielen zu zeigen, wie verschieden sie dem Wesen nach sein können. Während kein Patholog die Pockenpustel als das Resultat einer toxischen Angioneurose hinstellen wird, ist eine solche Auffassung für die prodromalen variolösen Exantheme sehr plausibel. Dort haben wir den Typus einer infektiösen Hautembolie durch generelle Verschleppung des Pockenkeimes vor uns, hier eine zentrale Wirkung desselben Keimes auf das Gefäfssystem. Es fällt dabei nicht schwer in die Wage, dafs diese Prodromalexantheme nur selten den ganzen Körper überziehen, vielmehr meist auf einzelne Körperregionen beschränkt bleiben. Diese Thatsache gehört eben in das Kapitel der Beziehungen einzelner Gifte zu einzelnen Hautregionen, die im allgemeinen bei der Verschiedenheit der Konstitution dieser letzteren nichts Auffallendes an sich haben. Die variolösen Prodrome sind bekanntlich durch ihre Vorliebe für das seit Th. Simon sog. Schenkel- und Armdreieck, d. h. vergleichend anatomisch gesprochen, für die Weichen, für die Beugeregionen der grofsen Gelenke ausgezeichnet. Schon F. Hebra brachte diese Thatsache mit der anderen in Verbindung, dafs die späteren wahren Pockenausschläge denselben Hautregionen ausweichen, wenigstens nur selten dort gehäuft anzutreffen sind. Man könnte diese als die Folge jener ansehen, indem die rasch vorübergehende Hyperämie eine in das Eruptionsstadium sich erstreckende Anämie nach sich ziehe, welche den Boden für die Pockeneruption ungünstig gestalte; denn künstliche Hyperämien (Sinapismen etc.) begünstigen bekanntlich den lokalen Ausbruch von Blattern. Aber wir müssen wohl Curschmann recht geben, wenn er beide Thatsachen nur koordiniert wissen will; denn nicht nur besteht diese beschränkte Immunität für die Pocken auch, wo keine prodomalen Hyperämien vohergingen, wir kennen auch eine andere sehr chronische Infektionskrankheit, die Lepra, bei welcher die embolischen Exantheme genau dieselben Gegenden während ihres ganzen Verlaufs fast stets freilassen, wo also von vorhergehender Hyperämisierung keine Rede sein kann.

Gerade entgegengesetzt ist das Wesen der im Rekonvaleszenzstadium der Cholera auftretenden Roseola aufzufassen. Hier ist die akute Intoxikation des Körpers mit den sie begleitenden, in das Kapitel der Anämie gehörenden Zirkulationsstörungen längst vorüber. In die ad maximum kontrahiert gewesenen Arterien und in Stase befindlichen Kapillarbezirke flutet aufs neue der Blutstrom und erzeugt, dort wo die Stase am gröfsten war, an den Enden der Extremitäten zuerst und hauptsächlich ein rotfleckiges, seltener urtikarielles Exanthem. Da ist es denn wohl keine

Digitized by Google

Frage, dafs hier weder Embolien, noch Intoxikation der vasomotorischen Zentren in Betracht kommen, sondern lediglich die Überflutung der am meisten kontrahiert gewesenen und wohl am ehesten geschädigten Gefäfsbezirke. Schuld der allgemeinen Gefäfskontraktur im stadium algidum wird es auch hier — wie bei Lösung der Raynaudschen Krankheit — sein, dafs die nun gelähmten Gefäfse nicht auch wie in Cohnheims Versuchen mit zeitweiliger Unterbindung eigentliche Entzündungssymptome aufweisen. Was hat aber, im Gegensatz zu den bisher betrachteten diffusen Erythemen, die Roseolaform des Choleraexanthems zu bedeuten? Was ist überhaupt die Grundlage der herdförmigen Erytheme?

Zur Beantwortung dieser Frage abstrahieren wir einmal von dem flächenhaften Eindruck, welchen alle Hyperämien für unser klinisches Auge besitzen, und vergegenwärtigen wir uns den Vorgang in seiner wahren, tridimensionalen Gestalt. Die Hautarterien und ebenso die entsprechenden Venen bilden einzeln von ihrem Eintritt in das Hypoderm an Kegel, deren Spitze im subkutanen Gewebe, deren Basis im Papillarkörper liegt. Je nach der Faserung und Dicke der Cutis steht die Axe dieser Blutkegel senkrecht oder — und dieses meistens — schräge zur Hautoberfläche, so dafs diese letztere oder besser gesagt: die Unterfläche der Oberhaut die Kegel in Form runder oder ellipsoider Kegelschnitte schneidet. Es resultiert daraus eine Zusammensetzung der anscheinend gleichartigen Fläche des Papillarkörpers aus lauter runden oder ovalen Teilstücken von mehr oder weniger grofsem Durchmesser (je nach der Entfernung der Kegelschnitte von der Spitze des Kegels). Selbst wenn die Versorgung der Hautregion mit Blut eine möglichst reichliche ist, wenn die Kegel der Gefäfsbäume sich unmittelbar berühren, so vermögen sie dieses letztere doch nur punktweise, und es bleiben immer unausgefüllte Ecken, welche auf die Einschiebung kapillarer Kollateralen angewiesen sind. Wo aber — und dieses ist der allgemeinere Fall — die Kegel gar nicht so dicht stehen, dafs sie sich alle direkt berühren, bleiben zwischen ihnen mehr oder minder breite unausgefüllte Ringe, welche ebenfalls ihre Versorgung mit Blut nur dem Umstande verdanken, dafs die papillare, obere Blutbahn der Haut — zwischen Papillarkörper und eigentlicher Cutis — ein netzförmiges Kontinuum darstellt. An den meisten Stellen des Körpers, vor allen an den Extremitäten, sind die Gefäfskegel also begrenzt und eingebettet in ein grofsmaschiges Netz kapillarer Kollateralen, welche keinen direkten Blutzu- und abflufs besitzen. Diese Anordnung ist eine notwendige Folge der ungemein reichlichen Anastomosenbildung an der Peripherie bei der, wie gewöhnlich punktförmigen Blutzufuhr, wie sie an der Haut vorliegt und notwendig ist.

Digitized by Google

Ich will die mit Blut versorgten Abschnitte des Papillarkörpers „Flächenelemente“, die Gesamtheit der sie umgebenden Ringe das „kollaterale Netz“ nennen. Beide zusammen bilden erst jenes Kontinuum der oberflächlichen Hautzirkulation, welches uns im diffusen Erythem in pathologischer Steigerung vor Augen tritt, und dessen innere Diskontinuität bisher gröfstenteils übersehen wurde.

Es liegt auf der Hand, dafs es eine Reihe von Störungen der Zirkulation geben mufs, welche eine so offenbare Ungleichmäfsigkeit der Blutversorgung in Form von Farbendifferenzen hervortreten lassen. Und anderseits gibt es zweifellos eine Menge roseolaartiger Exantheme, bei welchen die einzelnen Flecke wiederum nicht mit unsern „Flächenelementen“ zusammenfallen und ganz andre Abschnitte der Papillarblutbahn markieren, wie wir weiter unten sehen werden. Zu den ersteren werden diejenigen Störungen gehören, welche wir als rein vasomotorische bezeichnen können, zu den letzteren dagegen alle rein embolischen.

Ein Beispiel der rein vasomotorischen Roseolaform, wo also jeder Roseolafleck genau einem Flächenelement entspricht, scheint nun die Roseola der Cholera zu repräsentieren. Sie mufs auftreten, wenn nach ausgedehnter Stase im Kapillarbezirk der Extremitäten die Blutwelle ziemlich plötzlich bis in denselben vordringt. Sie wird die Stase in den Flächenelementen natürlich rascher heben als im kollateralen Netz, und damit ist diese roseolöse Wallung bereits gegeben; wo auch in den venösen Kapillaren die Lösung zögert, werden statt erythemartiger Flecke urtikarielle Papeln auftreten. Dafs endlich auch Übergänge zum diffusen Erythem dabei vorkommen können, ist ebenfalls selbstverständlich.

Wie hier die kapillare Stase, so führt in einem andren Falle die einfache Abkühlung der Haut das Auftreten rein vasomotorischer Roseolen herbei, indem das kollaterale Netz, welches unter schwächerem Blutdruck steht als die Flächenelemente, stärker unter dem Einflusse der Abkühlung sich zusammenzieht. Ich denke hierbei vorzugsweise an eine infektiöse, meist mit Röteln verwechselte und bisher viel zu wenig bekannte Kinderkrankheit, bei welcher Fieber und Allgemeinsymptome sehr gering, dagegen die hauptsächlich auf Backen, Knie- und Ellbogengelenke beschränkten, seltener am Rumpfe und Halse erscheinenden fleckigen Erytheme sehr charakteristisch sind. In der Rekonvaleszenz, welche sich bei völligem Wohlsein zwei bis drei Wochen hinziehen kann, genügt eine Entblöfsung des Körpers, um sofort, besonders in der Ellbogengegend, die schon für verschwunden gehaltenen Flecke rosenrot innerhalb eines weifsen Netzes wieder hervortreten zu lassen; es kann sich hier wohl nur um eine zurückgebliebene, leichtere Reizbarkeit der hemmenden Bahn se—m—g unseres Schemas handeln.

Ebenfalls ungemein charakteristisch als einfach vasomotorische Störung

Digitized by Google

ist das bei Syphilitikern der späteren Sekundärperiode auftretende erythematöse ringförmige Syphilid. Dasselbe unterscheidet sich dadurch von allen ringförmigen, serpiginösen Syphiliden derselben Periode auf das bestimmteste, dafs die Kreise sich nicht vergröfsern, sondern sofort ihre definitive Gestalt aufweisen, dafs sie weiter keinen scharfen Rand nach aufsen, dagegen oft einen solchen nach dem Zentrum hin aufweisen, dafs die Mitte endlich nicht der Sitz von Resten oder späteren Stadien der Affektion, sondern ganz gesund ist. Es stellt mithin kein Syphilom der Haut selbst, sondern ein solches der Gefäfsnerven der Haut dar. Die Zentren der Ringe entsprechen häufig den linsengrofsen Flächenelementen, die Ringe selbst Teilen des kollateralen Netzes; meist aber haben die Zentren einen drei bis viermal so grofsen Durchmesser, entsprechen also nicht den Endästen der Hautarterien, sondern gröfseren Zweigen derselben, wobei aufser dem kollateralen, oft unterbrochenen Randnetze dieses grofsen Kegels auch Bruchstücke des Netzes im inneren als unvollständiger zweiter Ring angedeutet sind. Auch dieses äufserst harmlose, die Patienten mehr als verdient peinigende Syphilid befällt meist die Arme und Beine, seltener den Rumpf, und teilt mit dem vorgenannten Exantheme die Eigenschaft, beim Entkleiden und stärkerer Abkühlung noch lange Zeit, nachdem es abgeblafst ist, wieder hervorzutreten.

Ganz dieselben Erytheme begleiten die Lepra nervorum, nur noch in viel ausgedehnterem Mafse und in mannigfaltigeren, seit langem bekannten Formen. Neben flächenhaften, scharf begrenzten Erythemen kommen auch hier Roseolen (Flächenelemente) und Ringe (Teile des Kollateralnetzes) vor. Bei längerem Bestande entwickeln sich dieselben ebenfalls zu flächenhaften, kreisförmigen oder gyrierten, gleichmäfsig erhabenen oder in der Mitte eingesunkenen, stets mit der Zeit pigmentierten Plateaus von ungemein langer Dauer. Vielleicht gehen allen Lepraausbrüchen derartige Erytheme flüchtigerer Natur vorher.

An diese postinfektiösen oder indirekt infektiösen Erytheme reihen sich nun eine ganze Reihe toxischer Erytheme, welche auf dem Wege (m—a oder se—m—a) aller wahren Angioneurosen entstehen. Eine fast unübersehbare Anzahl von Angaben liegt über diesen Gegenstand bereits vor, und wenn wir auch alle diejenigen Stoffe ausschliefsen, welche bei allgemeiner Einwirkung auf den Körper andre Hauterscheinungen hervorrufen als eben Erytheme, bleibt noch eine solche Menge von Medikamenten übrig, dafs an eine Erörterung im einzelnen nicht zu denken ist. Ich begnüge mich daher, drei Gruppen von medikamentösen Erythemen kurz zu charakterisieren, unter welche die meisten der bisher beobachteten sich einreihen lassen werden.

Eine erste Gruppe bilden die durch Atropin, Amylnitrat und Chloral hervorgerufenen Erytheme. Dieselben sind flüchtig, diffus und gleichen

Digitized by Google

einer Wallung, wie sie die Scham oder der Zorn hervorruft, umsomehr, als sie besonders den Kopf und Hals befallen. Das Atropinerythem breitet sich meist noch auf den oberen Teil des Rumpfes, das Chloralexanthem auch in Form von Roseolen auf die Hand- und Fufsgelenke, Ellbogen und Kniee aus. Abschuppung folgt diesen Erythemen nicht; ebenso begleiten sie keine subjektiven Empfindungen; es handelt sich um reine, einfache Lähmungserscheinungen. Das Chloralexanthem tritt meist erst auf, wenn noch eine Gelegenheitsursache hinzukommt, welche gefäfslähmend wirkt, wie Essen, warmes oder alkoholisches Getränk. Das Trinken eines Glases Wein ruft bei Patienten, welche habituell Chloral nehmen, oft in typischer Weise eine enorme Hyperämie des Kopfes hervor. Es handelt sich hier um eine latente Schwächung des Tonus, welche erst bei neu hinzukommenden, gleichwirkenden Einflüssen manifest wird, ein schönes Beispiel einer leichten, chronischen Angioneurose der Haut.

Ebenso scharlachähnlich, weil diffus, wie diese Exantheme, aber von tiefergehenden Veränderungen begleitet, meist universell und von längerer Dauer, Ödem und Abschuppung herbeiführend, von subjektiven Symptomen und sogar von Fieber begleitet, sind die Erytheme einer zweiten Gruppe, als deren Prototyp das Chinin erythem angesehen werden mag. Hier sind Verwechselungen mit wirklichem Scharlach an der Tagesordnung und entschuldbar, wenngleich das pathologische Element des Scharlachs, die primäre, punktförmige Roseola stets fehlt. Hierher gehören aufser dem typischen Exanthem des Chinins die nach innerer Anwendung von Salicylsäure, Karbolsäure, Strammonium, Veratrin und Digitalis beobachteten universellen Hyperämien der Haut. Auch Chloral führt, wenngleich selten, zu einem Erythem dieser Art. Selbstverständlich kann es sich bei diesen Erythemen nicht allein um eine Vasoneurose handeln; dieselbe toxische Ursache, welche das Zentrum m affiziert, schädigt auch die Gefäfswände, wenn auch nur in geringerm Grade, und führt die Symptome leichtester Hautentzündung herbei.

Eine dritte natürliche Gruppe möchte ich in jenen Exanthemen erblicken, welche sich in Form diskreter, Roseola oder Masern ähnlicher, meist papulös erhabener, etwas ödematöser, juckender Papeln oder selbst richtiger Quaddeln darstellen, und als deren Vertreter das Antipyrinexanthem gelten kann. Diese Ausschläge befallen mit Vorliebe die Gelenkgegenden der Extremitäten, seltener den Rumpf, noch seltener Gesicht und Hals und Genitalien, lieber die Streck- als die Beugeseiten. Die subjektiven Empfindungen sind stärker als bei der zweiten Gruppe, die Abschuppung ist geringer. Sie sind eher als reine Angioneurosen aufzufassen als jene, beruhen aber nicht auf einfachen Lähmungs-, sondern auf einer Mischung von Lähmungs- und Krampfursachen (s. Urticaria) und reihen sich daher

Digitized by Google

eher den Stauungshyperämien an, abgesehen davon, dafs auch hier eine Schädigung der Gefäfswände unverkennbar ist. Aufser dem Antipyrinexanthem gehören hierher die seit langer Zeit bekannten Erytheme nach Morphium-, nach Kubeben- und Kopaivagebrauch. Auch nach innerer Darreichung von Terpentin, Hyoscyamus und chlorsaurem Kali sind solche Erytheme beobachtet. Dieselben sind vor allem in Zukunft der genauen Untersuchung daraufhin bedürftig, ob hier, was nicht unwahrscheinlich ist, das Mosaik der Hautzirkulation, das Flächenelement und das Kollateralnetz eine Rolle spielt. Überhaupt wird erst die genauere und bisher noch fehlende dermatologische Untersuchung dieser Exantheme sie von den echten infektiösen Exanthemen, ihren sogenannten Vorbildern, sicher unterscheiden lassen.

Wir wenden uns nun zu den Wallungshyperämien von mehr lokalem Charakter und ordnen dieselben je nach den auf die Gefäfse einwirkenden Ursachen in drei Klassen. Die erste umfafst diejenigen Erytheme, bei welchen die Parese der Arterienmuskulatur durch physikalische Ursachen hervorgerufen wird, und da ist zunächst die Wallungshyperämie zu erwähnen, welche nach Aufhebung jeden Druckes auf die Haut entsteht. Was im grofsen nach Lösung der Esmarchschen Binde vor sich geht, zeigt sich bei genauerer Beobachtung nach jedem Fingerdruck. Lewin hat diese Erscheinung das „Reizphänomen" der Haut genannt. Nachdem mit stumpfer Spitze ein Strich auf der Haut gezogen ist, erweitern sich die entleerten Gefäfse nicht bis zur Norm, sondern über diese hinaus. Schon der kurze Zeitraum, welcher bis zum Eintritt dieser strichförmigen Hyperämie verstreicht, zeigt an, dafs es sich um ein wahres vasomotorisches Phänomen handelt. Aber dasselbe kann nicht hervorgerufen sein durch den Druck auf die Endothelnerven und auf dem Wege se—m—g unseres Schemas zustande kommen. Denn diese Hyperämie hält sich haarscharf an die gezogene Linie und stellt nicht etwa eine Reihenfolge von hyperämischen Flächenelementen dar. Sie mufs deshalb als eine Drucklähmung der einzelnen Kapillaren und Arteriolen selbst angesehen werden, wie sie gerade unter dem drückenden Gegenstande sich folgten, als eine Idioparese derselben ohne Dazwischenkunft vasomotorischer Zentren. Ich fasse sie auf als eine direkte Läsion der motorischen Endausbreitung a der tonisierenden Nerven ma und ga. Für diese Auffassung spricht auch die ungemein langsam auftretende und entsprechend lange verharrende strichförmige Anämie, welche einige Zeit später jeder solchen Druckhyperämie in genau der gleichen Ausdehnung zu folgen pflegt. Wir können dieselbe kaum als etwas anderes auffassen, als einen durch die Lähmung und darauf kurze Zeit folgende Überernährung der Endapparate erzeugten Idiospasmus der vorher gedrückten Gefäfse. Wäre dieser Spasmus auf dem Wege se—m—a erfolgt, so würde er rascher

Digitized by Google

eintreten und flüchtigerer Natur sein, aufserdem von dem ursprünglichen Strich nach Mafsgabe der Flächenelemente iradiieren.

Die Hyperämie nach Entfernung engsitzender Kleidungsstücke und Bandagen dauert gewöhnlich länger an als jenes Reizphänomen; ebenso der kurzdauernde, aber oft wiederholte Druck, welchen wir beim Kratzen ausüben. Die Hyperämie am Gesäfs, dem Kreuzbein, den Trochanteren und Fersen nach langem Liegen sind nicht nur Folge der vorhergegangenen Drucklähmung, sondern zugleich Stauungshyperämien (s. diese), gehören also nur teilweise hierher.

Nur sehr selten ist die Hyperämie nach aufgehobenem Druck Vorläufer von Entzündung; an und für sich ist es — auch im Cohnheimschen Sinne — ja gar nicht unmöglich, dafs eine sehr intensive oder eher noch eine oft wiederholte Druckeinwirkung, bei welcher eine Zerrung der Gefäfse unvermeidlich ist, schliefslich auch eine Schädigung der Gefäfswände herbeiführt. Auch geht es aus den Versuchen von Klemensiewicz[1] direkt hervor, dafs wiederholter Druck auf die Kapillaren der Schwimmhäute zur Randstellung weifser Blutkörperchen führen kann. Immerhin sind mir nur zwei Affektionen bekannt, bei welchen eine einfache Druckhyperämie allmählich zur Entzündung führt, es ist die Entzündung rings um den eingewachsenen Nagel und diejenige am Grunde des Leichdorns. Es ist charakteristisch, dafs es sich in beiden Fällen um den artifiziellen Druck durch Schuhwerk handelt, welcher nur zeitweise statt hat, so dafs die Anämie während des Druckes bei Tage regelmäfsig mit Hyperämie des unbekleideten Fufses bei Nacht abwechseln kann.

Einen Übergang zu den Hyperämien durch Temperaturdifferenzen macht die physiologische Hyperämie der Neugeborenen, denn hier kommt die Kälteeinwirkung der Luft ebensogut in Betracht, wie der vorher während des Geburtsaktes ausgeübte Druck. Die Kälte hat natürlich nur, wenn sie länger einwirkt, diesen lähmenden Einfluss, indem nur durch stärkere und anhaltendere Kontraktion der Arterien die Endotelnerven (se) zu reaktiver Hemmung (auf der Bahn se—m—g) angeregt werden. Diese reaktive Lähmung durch den Einfluss niederer Temperatur hält dann so lange an als der Kältereiz, vorausgesetzt, dafs er nicht übermächtig wird und das Individuum gesund ist. Wir haben unter „Anämie" dieses Phänomen bereits als ein wohlthätiges Korrektiv der Zirkulation an unbedeckten Körperstellen bei den Bewohnern kälterer Klimate hingestellt und sehen hier, dafs anatomisch derselbe Vorgang zu Grunde liegt, wie bei der Gefäfslähmung nach voraufgegangenem Druck, eine indirekte Hemmung.

Ganz anders ist dagegen die Gefäfslähmung aufzufassen, welche als

---

[1] Klemensiewicz, Experimentelle Beiträge zur Kenntnis des normalen und pathologischen Blutstromes. *Sitzber. d. K. Ak. d. Wiss.* Bd. 94. Okt. 1886.

Digitized by Google

direkte Folge der Erwärmung der Haut eintritt. Hier ist unser Vasomotorenschema nicht mehr anwendbar; wir haben es mit einer idiomuskulären Parese zu thun, die ohne Nervenerregung stattfindet. Wir brauchen diese um so weniger, als die Erwärmung der Haut ja nicht blofs, worauf schon BERNSTEIN aufmerksam machte, direkt die Hautgefäfse lähmt, sondern dadurch, dafs sie den Hautgefäfsen nun gröfsere Quantitäten rascher strömenden, also wärmeren Blutes zuführt, indirekt ebenfalls für die Fortdauer der Parese sorgt. Dieser sich selbst steigernde Zirkel nach einer Seite gerichteter Wirkungen findet erst einen Halt an der Selbstregulation der Gefäfsmuskulatur (auf der Bahn sm—a). Schon eine Hitze von 45°, welche wenig über der Blutwärme liegt, ist imstande, die Hautgefäfse auf längere Zeit ihres normalen Tonus zu berauben. Erst allmählich stellen dieselben sich auf ihr früheres Kaliber ein, und das Erythem verschwindet ohne weitere Folgen. Aber schon Erwärmungen auf 50° und 60° lassen Läsionen zurück, welche als leichte Entzündungsgrade zu deuten sind, und so geht die Hyperämie durch Erhitzung ganz allmählich über in die Entzündung durch Verbrennung. Wir begegnen hier zum ersten male einem Reize, welcher je nach dem Grade der Einwirkung nur muskuläre Parese oder aufser dieser noch eine beliebig steigerungsfähige Schädigung der Gefäfswände hervorruft. Die in der Folge zu besprechenden Erytheme haben alle das Gemeinsame, dafs die Wallungshyperämie bei quantitativer Reizvermehrung allmählich in Entzündung übergeht, dafs der stets periphere Einfluſs die Hautgefäfse in nachhaltiger Weise zu schädigen imstande ist. Eine Erregung des Hemmungsapparates ist dabei nicht ausgeschlossen, spielt aber nicht jene ausschlaggebende Rolle, wie in den früher besprochenen Fällen von Wallungshyperämie.

Zu den so beschaffenen Erythemen gehören zunächst alle durch chemische Agenzien herbeigeführten Hyperämien. Derartige Stoffe sind die pharmakologisch sogenannten Rubefacientien: Kantharіden, Senfmehl, Capsicum, Tartarus stibiatus, Kampfer, die ätherischen Öle, dann die Mineralsäuren, Jod, Quecksilber, Arnika, Chrysarobin, Schwefel und die andern reduzierenden Mittel in starker Dosis. GOLTZ hat nachgewiesen, dafs die auf Applikation des Senfmehles folgende Rötung auch noch an dem Beine eines Kaninchens eintritt, welches mit dem Körper nur noch durch seine grofsen Gefäfse zusammenhängt, wodurch der rein periphere Charakter dieses Erythems sicher bewiesen ist. In dieselbe Gruppe gehören die Erytheme nach kutaner Injektion giftiger Absonderungen von Insekten, der Mücken, Bienen, Wespen, Flöhe, Wanzen und der Haare einiger Raupengattungen; ferner nach Kontakt mit gewissen pflanzlichen Produkten, wie des Rhus toxicodendron, der Euphorbiaceen etc. Endlich müssen wir zu den Erythemen durch einfach chemische Wirkung noch

Digitized by Google

diejenigen der Elektrolyse und des Sonnenbrandes rechnen. Dafs die letzteren durch die chemische Wirkung der Sonnenstrahlen zu stande kommen, ist ja schon deswegen wahrscheinlich, weil analoge, intensive Erhitzung des Gesichts, wie sie bei Heizern, Bäckern und Glasbläsern vorkommt, gar kein Erythem, sondern nur reaktive Blässe (auf dem Wege sm—a) wie in heifsen Klimaten erzeugt, weil sodann das Erythema solare nur bei direkter Bestrahlung in verdünnter, häufig sogar kühler Luft zu stande kommt. Sicher beweisen konnte ich den Satz durch den prophylaktischen Einfluſs solcher Farben wie Curcuma u. a. m., welche nur die chemischen Strahlen des Sonnenlichts absorbieren, auf eine mit Erythema solare beginnende Hautaffektion, die auch im späteren Verlaufe durch direkte Sonnenbestrahlung stets verschlimmert wird, das Ulerythema pigmentosum progressivum, sog. Xeroderma pigmentosum. Ähnliche Erfahrungen machte später Veiel bei der Prophylaxe des gewöhnlichen Sonnenbrandes. Sowohl die Elektrolyse wie der Sonnenbrand führen bei intensiverer Einwirkung auch zur echten Dermatitis.

Es bleibt nun noch eine Gruppe von Wallungshyperämien übrig, deren Besprechung ich absichtlich bis zuletzt gelassen habe, da ihre Ätiologie noch ganz im dunkeln liegt, ich meine jene infektiösen Hyperämien, welche sich nicht einfach aus einer verschieden oder gleichmäfsig starken Blutfüllung der Flächenelemente und des kollateralen Netzes erklären lassen, deren Erscheinung vielmehr mit der anatomischen Anordnung der Hautgefäfse keinen bestimmten Zusammenhang erkennen läfst. Ihre Verschiedenartigkeit untereinander im Gegensatz zu der grofsen Konstanz ihrer Erscheinung bei den einzelnen akuten Exanthemen und ihr für jedes derselben so charakteristischer Habitus schliefsen allein die Annahme aus, dafs es sich bei ihnen ebenfalls nur um das excessive Hervortreten der gleichen zirkulatorischen Elemente in verschiedener Abstufung handeln könne. Ebenso führt eine genauere anatomische Betrachtung der einzelnen Exantheme bald zu der Überzeugung, dafs sich jedes derselben ein eigenartiges pathologisches Substrat schafft, dessen charakteristische Züge eben nur ihm, nur dem bestimmten infektiösen Keime zukommen.

Am schärfsten tritt diese Eigenart beim Scharlach hervor, das so oft mit Unrecht als der Typus eines infektiösen diffusen Erythems und als dermatologisch gleichwertig mit medikamentösen Ausschlägen angesehen wurde. Die Elemente des Scharlacherythems sind etwa senfkorngrofs, mithin viel kleiner als die erbsen- bis linsen- und selbst markstückgrofsen „Flächenelemente“ der Hautzirkulation, welche bei allgemeiner vasomotorischer Parese der Arterien in Frage kämen. Sie stehen zuerst getrennt, umgeben von normalgefärbten Ringen, die ebenfalls absolut nicht mit den „kollateralen Netzen“ von gegebenen, gröfseren Dimensionen zusammen-

Digitized by Google

fallen. Sie entsprechen also überhaupt nicht vorgebildeten Strukturen und können nur so aufgefafst werden, dafs sie die Folge zahlreicher infektiöser Emboli sind, welche, in Kapillaren des Papillarkörpers stecken geblieben, zu einer Lähmung der nächstgelegenen Arteriolen mit Wallungshyperämien eben so vieler miliarer Kapillarbezirke Anlafs geben. Diese letzteren sind die hyperämischen Elemente, aus denen sich die Scharlachröte aufbaut. Sie können ebensogut in ein Flächenelement wie in das kollaterale Netz hineinfallen; stets werden sie rundliche Elemente von für dieselbe Hautregion ähnlicher und sehr bescheidener Gröfse darstellen. Dafs dann bei fortdauernder Wirkung der Emboli, die wohl ohne Zweifel lediglich aus Organismen bestehen, die Wallungsflecke sich ausdehnen und ohne weiteres zusammenfliefsen, hat auch nichts Befremdliches. Auch hier hat die Lähmung mit nachfolgender Wallungshyperämie einen regulatorischen, salutären Effekt, indem die Emboli unter ihrem Einfluls zu Grunde gehen. Freilich nicht, ohne gerade beim Scharlach eine oft nachhaltige Schädigung der Blutgefäfswandungen zu hinterlassen, weswegen das Scharlachexanthem auch zweifellos den Rahmen der einfachen Hyperämie überschreitet und zu den Entzündungen der Haut gestellt werden sollte.

Die roseolaartigen Exantheme der Röteln, des Abdominal- und Flecktyphus und der Syphilis entsprechen in ihrer Gröfse schon eher Flächenelementen der Zirkulation, und ihre Verteilung über weite Strecken läfst ihr Verhältnis zu dem kollateralen Netz nicht erkennen. Aber kann man sich eine von vasomotorischen Zentren des Rückenmarks oder selbst von sympathischen Ganglien ausgehende Hemmung denken, welche gerade nur zu ganz wenigen, isolierten Gefäfsganglien, die über den Körper zerstreut sind, hingeleitet wird? Allerdings wird man regionäre Beziehungen aufsuchen und z. B. das Auftreten der Roseolen des Abdominaltyphus am Bauche mit der Reizung der grofsen sympathischen Geflechte des Darms bei dieser Krankheit in Verbindung bringen. Auch sind bisher die bekannten Bacillen dieser Affektion mit Sicherheit im Blute der Roseolen nicht nachgewiesen, was übrigens nicht viel bedeuten will, wenn die Roseola als das Grab der Typhusbacillen in der Haut, die offenbar nicht für die Wucherung derselben geeignet ist, anzusehen sein sollte. Aber auch bei der Syphilis zeigen sich die ersten, verräterischen Flecke in der seitlichen Bauchgegend, und hier liegt doch nichts ferner als eine spezielle Beziehung zu den Bauchorganen. Überhaupt scheint es mir, man müsse bei den infektiösen Exanthemen die Embolisierung der ganzen Haut so gut annehmen, wie des ganzen Arteriensystems des Körpers überhaupt, und die mehr oder minder grofse Isolierung der entstehenden Wallungsflecke darauf zurückführen, dafs die meisten Keime überhaupt keine Ruhestatt finden oder sofort vernichtet werden, während

Digitized by Google

die Vernichtung einzelner nur durch gesteigerte Blutzufuhr, durch eine umschriebene Gefäfslähmung ermöglicht wird. Durch eine solche Auffassung würde auch die Beziehung gewisser Hautregionen zu den unterliegenden und spezifisch erkrankten Organen nicht ganz aufser Betracht gesetzt, da möglicherweise die reflektorisch von jenen Organen aus beeinflufste Blutversorgung dieser Hautteile eine auch nicht ganz normale sein wird. Ein grofser Fortschritt in dieser Frage ist von der genauen bakteriellen Durchforschung dieser Wallungsflecke speziell im histologischen Sinne zu erhoffen.

Wenn ich die Besprechung des Masernexanthems an das Ende stelle, so geschieht es, weil dasselbe fast mit demselben Rechte zu der folgenden Klasse, zu den Stauungshyperämien gestellt werden könnte. Hier liegt einmal ausnahmsweise der Fall vor, dafs eine im Beginne „aktiv" hyperämische Affektion sehr bald in eine „passiv" hyperämische sich umwandelt, eine Metamorphose, welche, wenn man in diesem Kapitel den neueren Handbüchern der Wiener Schule, Auspitz nicht ausgenommen, Glauben schenken dürfte, zu den gewöhnlichen Dingen gehören müfste, wovon selbstverständlich keine Rede sein kann. Der Masernfleck ist gröfser als der des Scharlachs, zerfällt aber in zwei Teile, von denen der zentrale, etwas papulös erhabene allein etwa dem primären Scharlachfleck entspricht. Dieser zentrale Teil ist elastisch ödematös, die Röte des umgebenden Fleckes eine bläuliche, cyanotische. Die ganzen Flecke wandeln sich hin und wieder in Quaddeln um, sie zeigen oft Blutaustritte, konfluieren viel weniger als die Scharlachflecke und sind weit unregelmäfsiger, eckiger begrenzt als diese. Alle diese Eigenschaften sprechen dafür — was bei Erörterung der Stauungshyperämien und des elastischen Ödems der Haut noch deutlicher hervortreten wird —, dafs zu der anfänglichen arteriellen Hyperämie noch ein venöser Spasmus hinzutritt, welcher die Cyanose, die geringere Konfluenz, das Ödem, die Blutungen, überhaupt sämtliche Eigenheiten ausreichend erklärt. Die Anatomie der Masernpapel zeigt uns daher auch ein der gewöhnlichen Urtikariaquaddel sehr ähnliches Bild, eine Menge von ödematösen Lymphspalten, welche die ganze Cutis zerklüften, besonders aber die gröfseren Venen der Haut einscheiden. Nur sind die Gefäfse sämtlich weiter als normal. Aber auch bei den Masern kann es sich gewifs nicht blofs um diese rein vasomotorischen Phänomene handeln. Es zeigt sich vielmehr an demselben so recht, dafs eine en bloc-Aburteilung über das Wesen der toxischen Erytheme den Sachverhalt im einzelnen gewifs nie erschöpfen wird und dafs ihre Unterbringung bei den Angioneurosen schlechthin den Thatsachen jedenfalls noch mehr Gewalt anthut, als die Auffassung derselben als reiner Embolien. Bis die ätiologische Forschung und der Nachweis der Infektionskeime in den embolischen Herden der Haut eine genauere Vorstellung von dem

Digitized by Google

Vorgange in jedem einzelnen Falle ermöglicht, ist es für ratsam gefunden, diesen Exanthemen ihren althergebrachten Sammelplatz unter den Wallungshyperämien zu lassen, obwohl einzelne, wie das Scharlach, zu den Entzündungen, andere wie die Masern, zu den Stauungshyperämien, resp. Ödemen gestellt zu werden verdienen.

Versammlungen.

Sitzung der Dermatologischen Vereinigung zu Berlin

vom 2. Juli. 1889.

Vorsitzender: Herr Köbner. Schriftführer: Herr Rosenthal.

Herr Oestreicher: **Mitteilungen zur Therapie der Psoriasis.** Nachdem P. Guttmann bei der Besprechung der Wirkung des Hydracetin dasselbe im Hinblick auf seine reduzierende Wirkung auch bei Psoriasis empfohlen hatte, hat Vortragender dasselbe in 10—20%iger Salbe täglich 1mal mit gutem Erfolge angewandt. Bei allen Patienten trat eine Besserung ein, die Schuppenbildung hörte auf, es zeigten sich keine Nebenerscheinungen an den lokal angewandten Stellen, keine Dermatitis, sondern die Psoriasisplaques bildeten sich in 10—12 Tagen zurück. Dieser Heilungsprozefs vollzog sich ohne jede artefizielle Rötung oder Entzündung der Haut, die Patienten hatten unter der Behandlung in keiner Weise örtlich zu leiden. Im Gesicht verschwanden die Schuppenbildungen spurlos und ohne dafs die Kranken durch Verfärbung entstellt wurden. Endlich wurden Wäsche und Kleidungsstücke anscheinend gar nicht angegriffen. Aber in allen Fällen trat mehr oder weniger ein störendes Ereignis von so einschneidender Bedeutung ein, dafs der Verdacht einer Intoxikation geweckt werden mufste. Nach der 7. bis 10. Applikation der Hydracetinsalbe nämlich begannen alle Patienten über eine stetig zunehmende Mattigkeit und Schwäche in den Gliedern zu klagen; die Kranken machten den Eindruck, als ob sie von einer schweren inneren Krankheit befallen wären. Es stellte sich dann eine auffallende, fahle, fast wachsartige Blässe, besonders der Gesichtshaut ein, die hier und da etwas gedunsen war; die Schleimhäute wurden ebenfalls stark anämisch und liefsen einen Stich ins Gelbliche deutlich erkennen. Bei einem Patienten, einem kräftigen Mann in den dreifsiger Jahren, trat sogar vollständige ikterische Verfärbung der gesamten Hautdecke und Schleimhäute ein; der Schwächezustand war hier so grofs, dafs Patient nur mit Mühe sich fortbewegen konnte. Fieber war in keinem Falle vorhanden, Puls von normaler Beschaffenheit, durchaus nicht verlangsamt, Herzthätigkeit und Verdauung ungestört. Die mikroskopische Untersuchung des Blutes ergab keine irgendwie wesentlichen pathologischen Veränderungen, welche als Erklärung für die intensive Blässe der Haut ohne weiteres hätten angesprochen werden können. Eine augenfällige Abweichung von der Norm zeigte nur der Urin, welcher, von dunkel mahagonibrauner, etwas ins Grünliche spielender Farbe vollkommen den Anblick eines durch Gallenfarbstoffe tingierten Harns bot. Jedoch ergab die Gmelinsche Probe ein negatives Resultat. Die braune Farbe des Urins gab Veranlassung, auf Blutfarbstoff zu fahnden; aber weder fanden sich bei mikroskopischer Durchsuchung rote Blutkörperchen oder deren Detritus. Als einziges positives Resultat unter verschiedenen chemischen Untersuchungen konnte durch die Jaffésche Probe auf Indikan eine deutliche Vermehrung dieses Körpers festgestellt werden. Aus alledem geht

Digitized by Google

hervor, dafs das Hydracetin zu den stark giftig wirkenden Stoffen gehört, und dafs man bei der Anwendung desselben sehr vorsichtig sein mufs.

Diskussion: Herr Blaschko hat eine Reihe von Experimenten mit allen bis dahin angewandten und bekannnten reduzierenden Substanzen angestellt und ist zu dem Resultat gekommen, dafs nicht die reduzierende Eigenschaft des Medikaments die Psoriasis heilt, sondern dafs alle Substanzen, die eine schnelle Abschuppung herbeiführen, die Psoriasis heilen können. So hat er einen Fall beobachtet, in welchem ein Kranker von Scarlatina befallen wurde, und bei dem während der Abschuppung der Scarlatina auch die Psoriasis schwand, um erst nach 2 Jahren wiederzukehren. Er hat deshalb Mittel versucht, welche oberflächliche Nekrosen erzeugen, und glaubte auf diese Weise durch eine schnelle Regeneration eine Heilung zu erzielen. So wandte er Jodtinktur, Blasenpflaster, Collod. cantharid. etc., ferner starke Lösungen von Kal. hyperm., die oxydierend wirken, an, ist aber zu dem Resultat gelangt, dafs alle diese Medikamente in therapeutischer Beziehung nicht zu empfehlen sind, da sie nicht beschränkt wirken. Von dem in der letzten Zeit empfohlenen Hydroxylamin. hydrochlor. hat er in 1—2%iger Lanolinsalbe sehr günstige Wirkungen gesehen.

Herr Köbner erinnert an die seiner Zeit veröffentlichtem Berichte über die Essigsäure, welche jedoch wegen der grofsen Schmerzhaftigkeit keine Nachahmung gefunden hat. Er selbst hat mit dem stärksten Reduktionsmittel, nämlich dem Zinkstaub, nachdem derselbe mit Vaselin verarbeitet war, Versuche angestellt und dabei gar keine Heilwirkung beobachtet. Teer, von dem man doch weifs, dafs er in vielen Fällen ausgezeichnete Wirkungen hat, ist kein reduzierendes Mittel, sondern bedingt nur eine Exfoliation der Epidermis.

Herr Lewin stimmt in bezug auf Essigsäure und Teer der Ansicht Köbners bei; Kal. hypermang. und Chromsäure sind stark O aufnehmende Substanzen. Er hat Fälle gesehen, bei denen die Psoriasis nach Erysipel, ebenso bei Schwangerschaften, geschwunden ist.

Herr Behrend erinnert an die in der Litteratur beschriebenen Fälle, wo Psoriasis gerade nach Scarlatina, nach Jodtinktur und Sinapismen entstanden ist.

Herr Hoffmann hat das Hydroxylamin in der von Eichhoff angegebenen Form (0,1 : Glycer. und Spir. aa 50,0) bei Psoriasis in mehreren Fällen angewandt, ohne auch nur den mindesten Erfolg beobachtet zu haben. Wurde die Dosis verstärkt, so klagten die Patienten bei der Anwendung über heftiges Brennen, allein die Psoriasis besserte sich durchaus nicht.

Herr Köbner hatte neulich Gelegenheit einen Fall zu sehen, der in einer rheinischen Klinik auf der einen Seite mit Hydroxylamin, auf der andern mit Anthrarobin ohne Erfolg behandelt war.

Herr Isaac erinnert sich eines Falles aus Wien, wo nach einer reichlichen Anwendung von Chrysarobin ein erneuter universeller Ausbruch von Psoriasis erfolgt war.

Herr Blaschko bemerkt, dafs er von dem Hydroxylamin auch nur in Salbenform Wirkung gesehen hat.

Herr Isaac: **Fall von Ichthyosis.** Der Vortragende stellte einen Fall von Ichthyosis und zwar von Ichthyosis hystrix vor, indem die Erkrankung ein solches Kolorit angenommen hat, als wenn der Patient schwarz angestrichen wäre. Einzelne Stellen der Extremitäten sind frei von der Färbung. Interessant ist die aufserordentliche Symmetrie der Affektion, so z. B. am Bauch, in den Schenkelbeugen etc. Untersucht man die Auflagerungen etwas näher, so kann man dieselben durch Ab-

Digitized by Google

kratzen sehr leicht entfernen, ohne dafs es blutet. Man kann daher behaupten, dafs der Papillarkörper wahrscheinlich nicht in Mitleidenschaft gezogen ist. Auch die Färbung läfst sich beim Abkratzen entfernen, weshalb I. der Ansicht hinneigt, dafs die Pigmentveränderung nur durch Schmutz bedingt ist. Bei dem Patienten soll die Affektion seit dem 6. Lebensjahre bestehen, im übrigen ist der Patient gut genährt und vollkommen gesund. Gesicht und Volarflächen der Hände sind frei, im übrigen ist der Körper mehr oder weniger davon affiziert, doch ist der Rücken fast frei. I. unterscheidet 3 Formen von Ichthyosis, nämlich Ichthyosis vulgaris, follicularis und hystrix oder Hystricismus.

Diskussion: Herr Lewin glaubt nicht, dafs dieser Fall ein Fall von Ichthyosis hystrix sei; er unterscheidet die Pseudoichthyosis sebacea, die Ichthyosis simplex, wo nur Schilder auftreten, dann die I. cornea, wo nur eine Verdichtung besteht ferner die I. mit papillären Wucherungen. Bei dem Hystricismus bestehe eine Anordnung in Schilden, in deren Mitte sich Stacheln befinden. Hinsichtlich des Pigmentes, das mit keinen Mitteln entfernt werden kann, will er selbst in diesem Falle noch nicht behaupten, dafs es Schmutz sei, sondern neigt mehr zu der Ansicht hin, dafs die Verfärbung auch hier teilweise aus Pigment bestehe. Während sonst Axillar-, Inguinal- und Halsgegend verschont bleiben, sind diese in dem vorgeführten Falle ebenfalls affiziert mit Ausnahme des Halses.

Herr Blaschko hält die Farbenveränderung doch für Pigment, indem man dieselbe Farbe beim Abkratzen der Schuppe auf der Rückseite findet. Nach seiner Ansicht ist die Ichthyosis immer erblich und angeboren, wenn sie auch nicht gleich nach der Geburt auftritt, wogegen die Keratosis follicularis damit nicht in Verbindung zu bringen ist.

Herr Köbner hält den vorgestellten Fall für Ichthyosis vulgaris, und glaubt, dafs die Farbenveränderung von Schmutz herrührt, den man besonders bei weniger Gebildeten findet.

Herr Rosenthal bemerkt, dafs die mildeste Form der Ichthyosis die Pityriasis simplex sei, die durch Bäder und Seife zu beseitigen wäre.

Herr Lewin wünscht genaue Trennung der Pityriasis und Ichthyosis, da die krankhaften Zustände wesentlich verschieden sind; es gibt höchstens Übergänge dazu.

Herr Köbner konstatiert noch Pityriasis capitis an dem Kranken.

Herr Blaschko erklärt auf Befragen die Keratosis follicularis als eine Erkrankung, bei der die Komedonen hornig entartet sind. *L. Hoffmann-Berlin.*

Besprechungen.

Lehmann, Prof. Dr. O., **Molekularphysik**, mit besonderer Berücksichtigung mikroskopischer Untersuchungen und Anleitung zu solchen, sowie einem Anhang über mikroskopische Analyse. 2 Bde. Leipzig 1888. Engelmann.

Es fehlte den Mikroskopikern bis jetzt vollständig an einem Werke, welches die unendlich zahlreichen, in physikalischen Werken und Zeitschriften zerstreuten Thatsachen der Molekularphysik systematisch zusammenfafste. Ein solches liegt hier zum ersten Male, aber sogleich in einer Vollendung vor uns, wie es nur das Zusammentreffen eigener rastloser Arbeit auf diesem Gebiete und eisernen Fleifses in einem Forscher zu wege bringen konnte. Um so mehr anzuerkennen ist es, dafs

Digitized by Google

der Autor selbst dieses grofs angelegte Werk nur als einen Versuch, die Grundlage einer bessern zukünftigen Darstellung ansieht. Jedem Mikroskopiker wird er bereits Wissenswertes in reicher Fülle bringen.

Die Molekularphysik — die Physik der Materie — im Gegensatz zur gewöhnlichen Physik — der Physik der Energie — beschäftigt sich mit den Zustandsänderungen der Materie, die den Änderungen und Umwandlungen der Energie parallel gehen und in den gewöhnlichen Lehrbüchern der Physik nur sehr kurz berührt, nirgends ausführlich behandelt zu werden pflegen. Die Elastizität, Plastizität, Spaltbarkeit, die Kristallisation und ihre sprungweisen Änderungen unter bestimmten äufseren Einflüssen (Enantiotropie, wenn die Verwandlungen umkehrbar, Monotropie, wo sie nicht umkehrbar sind), die Oberflächenspannung und Kapillarität der Flüssigkeiten, die Lösungen und Niederschläge, die Elektrolyse, das Erstarren und Schmelzen, Verflüchtigung, Verdampfung, Kondensation, Absorption und Lösung von Gasen, genug alle Erscheinungen der Materie in ihren Aggregatzuständen werden in einer überreichen Kasuistik an den einzelnen chemischen Körpern erörtert. Es wird der Mikroskopiker kaum eine Beobachtung auf dem Objektträger machen können, zu welcher er hier nicht Analoga und deren Gesetze er hier nicht besprochen finden dürfte. Gerade die stetige Beziehung auf mikroskopische Befunde macht dieses Lehrbuch zu einem fundamentalen für alle Zweige der Mikroskopie. Ein Anhang: chemische Kristallanalyse schliefst das für alle Mikroskopiker höchst empfehlenswerte Werk.

Unna.

Petzold, **Über Komplikationen bei Ulcus molle.** Inaugural-Dissertation. Würzburg 1889.

Auf Veranlassung des Referenten wurde das Material der Syphilido-Klinik statistisch bearbeitet, um Aufschluss über die Häufigkeit des Ulcus molle und dessen Komplikationen aus den Jahren 1882—1888 zu erhalten.

Auf 1151 an venerischen Krankheiten in Behandlung gekommene Individuen (514 Männer, 637 Weiber) kommt die hohe Zahl von 102 Fällen mit Ulcus molle (49 Männer, 53 Weiber), somit ein Prozentsatz von 8,7 aller Geschlechtskrankheiten. Unter diesen 102 Fällen findet sich 2mal Ulcus gangraenosum (1 Mann, 1 Weib), 2mal Ulcus phagedaenicum (2 Männer), 1mal Ulcus serpiginosum (1 Mann).

Von 79 Fällen mit Lymphadenitis inguinalis kam es in 20 Fällen zur Eiterung.

Seifert-Würzburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Physiologisches.

Der Einfluss wollener Wäsche auf die Hautperspiration wurde von Dr. W. Lasarew (Dissertation. St. Petersburg 1889. Russisch) an einer Reihe gesunder Soldaten einer Untersuchung unterworfen. Jede Beobachtung wurde 30 Tage fortgesetzt in Perioden zu 6 Tagen, wobei die ersten und letzten 5 Tage leinene, dazwischen rein wollene Wäsche getragen wurde. Dabei zeigte sich, dass die insensibeln Verluste durch Haut und Lungen beim Tragen von wollener Wäsche erhöht worden (gemessen nach der Sanctoriusschen Methode), während die Harnmenge etwas abnimmt. Sobald wieder Leinwäsche angezogen wird, nimmt die Quantität des insensibeln Verlustes wieder ab, die Harnmenge dagegen wieder zu. Die Hauttemperatur erreicht während des Tragens von Wolle eine Steigerung von einigen

Digitized by Google

Zehnteln. — Die allgemeine Körpertemperatur, der Puls und Respiration bleiben unverändert. *O. Petersen-Petersburg.*

Der Einfluſs von Wannenbädern auf die insensibeln Verluste durch Haut und Lungen. Dr. Draispul (Dissertation. St. Petersburg. 1889. Russisch) hat seine Beobachtungen an 16 Mädchen von 6—10 Jahren gemacht, die unter gleichen Verhältnissen lebten. Die Bestimmungen der insensibeln Kärperverluste wurden nach der Sanctoriusschen Methode vorgenommen. Hierbei fand D., daſs 28° R. Wannenbäder die Quantität der insensibeln Verluste herabsetzt, während Bäder von 30° sie steigern. Ferner bemerkt D., daſs die insensibeln Verluste durch Lungen und Haut pro Kilo berechnet bei Kindern stärker sind, als bei Erwachsenen, und zwar nehmen sie ab, je älter das Kind. Jedoch nicht das Alter selbst, sondern die Gröſse der verdunstenden Fläche spielen dabei eine Rolle. Am Tage sind die insensibeln Verluste stärker als in der Nacht. Beim Einführen gröſserer Wassermengen nehmen sie ab, weil vermehrte Harnsekretion stattfindet. *O. Petersen-Petersburg.*

Experimentelle Pathologie.

Zur Frage von der Resorption des Quecksilbers im tierischen Organismus, von Dr. Pinner. (*Therap. Monatsh.* No. 7.) Verf. glaubt durch Versuche festgestellt zu haben, daſs 1. das mit der grauen Salbe auf der Haut verriebene Quecksilber durch die Haut allein aufgenommen wird, wenn die eingeriebenen Hautstellen luftdicht bedeckt werden, 2. daſs das Quecksilber in Form feinster Kügelchen in die Haarbälge und Drüsen dringt, von diesen Stellen aus in die Blutbahn gelangt und schon 24 Stunden nach der Inunktion im Harn und in dem Faeces chemisch nachgewiesen werden kann. *L. Hoffmann-Berlin.*

Hygieine der Haut.

Bakteriologische Untersuchung der Kleidung Kranker. Dr. Fontin gibt über dieses noch so wenig beachtete Kapitel, welches für die Frage der auf der Haut vorkommenden Pilzformen von nicht geringer Wichtigkeit ist, in seiner in St. Petersburg verfaſsten Dissertation einige sehr interessante Daten. Er hat 16 Versuche angestellt, indem er von verschiedenen Kleidungsstücken der Patienten des klinischen Militärhospitals kleine Stücke abschnitt, dieselben in sterilisierte 0,75 % Chlornatriumlösung legte und den gewonnenen Extrakt zu Plattenkulturen verwandte, um die Zahl der Pilzkeime zu bestimmen. Dabei erwies es sich nun, daſs, je näher das Kleidungsstück dem Körper gelegen, um so gröſser die Zahl der verschiedenen Pilze war, namentlich groſs war die Zahl an denjenigen Regionen, die leicht transpirieren. [Ref. Wie weit der Schweiſs ein guter Nährboden für Pilze ist, darüber fehlen noch Angaben, er scheint aber sich sehr dazu zu eignen. Nähere Untersuchungen darüber wären nicht uninteressant.] Was die Arten betrifft, so waren sie recht mannigfaltig. Sarcina lutea, aurantiaca, Bacillus subtilis, B. mycoides, B. mesenterians vulgatus, B. pyocyaneus, Micrococcus cinnabareus, M. candicans, Staphylococcus pyogenes aureus et albus, Sacharomyces glutinis etc. Die giftigen Eigenschaften einzelner derselben waren, wie Tierversuche ergaben, vollkommen erhalten. [Über die Dermophyten

Digitized by Google

Unnas sind keine Angaben gemacht. Ref.] Weitere Untersuchungen auf diesem Gebiete sind jedenfalls wünschenswert. *O. Petersen-Petersburg.*

Zirkulationsstörungen.

Erythema exsudativum in den Halsorganen, von Dr. Schötz in Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 27.) Ein 40 Jahre alter Kaufmann erkrankte am 26. Mai 1888 plötzlich mit Fieber und heftigen Halsschmerzen. Am 9. Juni wurde er von S. gesehen und ergab die Untersuchung folgendes: Patient klagt über Eingenommenheit des Kopfes, Ohrenreifsen, Gliederschmerzen und über den Hals. Hier findet sich intensive allgemeine Rötung der Schleimhaut des Mundes und Pharynx. Auf der hinteren Pharynxwand gerade in der Mitte ein etwa groschengrofses, ziemlich flaches Ulcus mit gelblichgrauem Grunde und verwaschenen Rändern. Einzelne kleine aphthös aussehende Geschwürchen am Rande des Zahnfleisches, sowohl auf der Innen- als Aufsenseite, am Ober- und Unterkiefer diskret verteilt. Die Kehlkopfschleimhaut stark gerötet und etwas diffus geschwollen. Auf der Vorderseite der hinteren Kehlkopfwand, besonders dicht unterhalb des linken Stimmbandes, höckerige Wulstungen, wie sie wohl bei Pachydermia laryngis gefunden werden. Am ganzen Körper sonst nichts Abnormes, auch keine Lymphdrüsenschwellungen. Am 11. Juni zeigte sich aufser einer Vergröfserung der erwähnten Geschwüre, wozu noch neue hinzugetreten waren, auf den Dorsalflächen der Hand- und Fufsgelenke ein Exanthem. Dasselbe besteht aus einzelnen stecknadelkopf- bis bohnengrofsen Knötchen, die zumeist dunkelblaurot gefärbt und von einem helleren Hof umsäumt sind, das Niveau der umgebenden Haut deutlich überragen, auf Druck nicht verschwinden und kein Jucken veranlassen. In den nächsten Tagen breitet sich dieses Exanthem unter bedeutenden rheumatoiden Schmerzen weiter aus. Es erschienen Eruptionen auf beiden Unterschenkeln vorn, über den Kniegelenken, einzelne wenige auf den Oberschenkeln. Dabei waren besonders die Fufs-, aber auch die Knie-, Hand- und einzelne Finger- und Zehengelenke abwechselnd leicht geschwollen. An den oberen Gliedmafsen überschritt der Ausschlag nicht das untere Drittel des Vorderarmes. Es bildete sich eine Effloreszens auf der Nasenspitze, ein paar andere auf dem Scrotum, eine weitere auf dem Präputium. Das Exanthem behielt nicht immer seine ursprüngliche Form; zwischen den hämorrhagischen Exsudationen fanden sich andere eingestreut: hier ein einfacher roter Fleck, dort eine Papel, an anderer Stelle eine miliare Vesikel. Eine Anordnung der Effloreszenzen in Kreis-, Iris- oder Gyrusformen konnte nicht wahrgenommen werden. Während die Geschwüre im Rachen sich zur Heilung anschickten, traten zwei neue im Nasenrachenraum auf, die ein schleimig eiteriges, blutiges Sekret absonderten. Am 20. Juni ist das Hautexanthem gröfstenteils im Verblassen und die alten Ulcera geheilt, dafür einige neue, doch hat das Fieber nachgelassen, und der Patient konnte nach Ems gehen. Doch dort verschlechterte sich der Zustand, es trat wieder Fieber ein, neue Ulcerationen, sogar eins auf der Schleimhaut des Anus. Allmälich erst trat eine Besserung ein, die am 13. Jan. eine vollkommene war.

Was die Diagnose anbetrifft, so erklärt der Verf. die Halsaffektion als nichts anderes als das Analogon des Hautleidens auf den Schleimhäuten und bezeichnet es als Erythema exsudativum multiforme. Ätiologisch liefs sich nichts nachweisen. Therapeutisch wurden mannigfaltige Versuche ohne Erfolg angestellt, ja nach Jodkali und Salicylsäure zeigten sich bedeutende Verschlimmerungen; nur die arsenige Säure schien einen günstigen Einfluſs gehabt zu haben. *L. Hoffmann-Berlin.*

Digitized by Google

Spezifische Entzündungen.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Haarwasser für die Kopfhaut, von Prof. Liebreich. (*Therap. Monatsh.* No. 7.) **Bei Seborrhoea capitis** empfiehlt Liebreich:

Spirit. aether.	50,0
Tinct. Benzoës	5—7,0
Vanillini	0,05
Heliotropini	0,15
Ol. geranii	gtt. 1

Äußerlich.

Vor der Flamme zu schützen, weil brennbar, gut verschlossen zu halten.

Es wird nach dem Waschen oder direkt ein Eßlöffel auf der Kopfhaut und den Haaren verrieben und mit einem feinen Tuch getrocknet. Man kann mehrere mal in der Woche diese Prozedur wiederholen. Werden die Haare zu trocken, so setzt man für einige Zeit das Mittel aus oder gebraucht von ranzigen Fetten freie Pomaden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Borsäure-Lanolin, von Prof. Liebreich. (*Therap. Monatsh.* No. 7.) **Bei Intertrigo** hat sich nach L. folgende Vorschrift bewährt. Es werden die Teile mit Wasser und neutraler Seife gereinigt, vorsichtig mit einem Tuche getrocknet, wobei die krankhafte Stelle, trotz Abtrocknens, einen gewissen Grad von Feuchtigkeit behält. Es wird dann mit folgender Salbe, wenn nötig, zweimal täglich eingerieben:

Acid. borac.	0,5
Lanolini	50,0
Vaselini amer.	10,0

M. f. Ung.

Vor einer neuen Einreibung ist die krankhafte Stelle wieder zu reinigen.
L. Hoffmann-Berlin.

Ein der Schuppenflechte gleichender Hautausschlag mit infektiösem Charakter, von Dr. H. Baaz in Graz. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 26.) Im Juli 1887 erkrankten 7 Personen, welche zum größten Teil einer Familie angehörten, rasch nacheinander an einer akuten Form einer schuppenflechtenartigen Hautkrankheit. Bei allen diesen Erkrankungen ging ein kurzes Initialstadium voraus, worauf dann bald in zwei bis drei Tagen unter heftigem Jucken an der Innenseite beider Vorderarme, am linken Ellenbogen, den Außenseiten der Oberarme und an der oberen Körperhälfte zerstreut sitzende linsen- bis kreuzergroße, lebhaft rotgefärbte, etwas über das Hautniveau erhabene Flecke auftraten, welche sich mit einer reichlichen weißen Schuppenlage bedeckt zeigten. Beim Wegkratzen der Schuppen erschienen sofort kleine Blutstropfen. Nach Ausbruch der Maculae war das Allgemeinbefinden der Patienten ein vollkommen ungestörtes. Die Dermatose zeigte einen gutartigen Charakter, da sie keine große Ausbreitung auf der Hautoberfläche erlangte, in verhältnismäßig kurzer Frist ohne üble Folgen heilte und keine Narben zurückließ. Kein Recidiv. Die ganze Erkrankung glich, wie der Verf. glaubt, am ehesten einer akuten Psoriasis. *L. Hoffmann-Berlin.*

Hochgradige Ichthyosis im Säuglingsalter, von Róna. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis.* 1889.) Eine 24jährige stets gesunde Frau, deren erstes Kind gleich nach der Geburt rötliche Flecke bekam und nach vier Monaten starb, brachte 1887

Digitized by Google

ein Mädchen zur Welt, das im dritten Monat ebenfalls braunrote, glänzende, schilfernde Flecke bekam; dieselben waren stets symmetrisch angeordnet, saſsen im Gesicht, Lenden, Hinterbacken, Oberextremitäten, Ober-, Unterschenkel und Fuſsgelenke. Die Haut an diesen Stellen ist streifenweise eingesunken, atrophisch verdünnt, nicht faltbar, an der Unterlage festhaftend, und mit rissigen, glänzenden, ziemlich dicken, sehr harten, schmutzig weiſs oder livid durchschimmernden Hornlamellen bedeckt. Am Daumenballen schneidet die kranke Haut mit scharfem Kontur von der gesunden ab.

Das Kind ging allmählich zu Grunde.

Differentialdiagnostisch kamen Sclerema adultorum und Melanosis progressiva lenticularis in Betracht. Letztere wurde wegen Fehlens der Pigmentierungen, erstere wegen des Auftretens in Linsenform, welche bei Sklerema nie vorkommt, ausgeschlossen.

P. Taenzer-Leipzig.

Chronische Infektionskrankkeiten.

c. *Syphilis.*

Über das Alter, den Ursprung und die Benennung der Syphilis in Bosnien und der Herzegovina, von L. Glück. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889.) Nach Verfassers Untersuchungen wurde die Syphilis zu Anfang dieses Jahrhunderts zum gröſsten Teile durch die Osmanen, weniger durch die in fremden Ländern gereisten Einheimischen oder die Franzosen importiert. Statt Syphilis sagen die Einheimischen „Franza“ oder „Frenjak“, oder „Kadovi“ (Räucherungen, welche therapeutisch in Anwendung gebracht werden). Auch als „Gadna bolest“ (abscheuliche Krankheit) wird sie oft bezeichnet. *P. Taenzer-Leipzig.*

Rheumatismus gonorrhoicus oder Syphilis? von Schuster. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889.) Verfasser sichtet (und zwar mit Recht) das bisher in allen Lehrbüchern herumgeschleppte Kapitel des „Tripperrheumatismus“ und präzisiert seine Ansichten, ohne dem „echten“ Rheumatismus gonorrhoicus den Garaus zu machen, dahin:

Wahrer Tripperrheumatismus befällt meist nur ein Kniegelenk, seltener beide oder gar die Fuſsgelenke. Tritt Entzündung des Calcaneus, der Tuberositas tibiae des Sternums oder des Os sacrum hinzu, so kann man auf eine Komplikation der Urethralblennorrhöe mit Syphilis schlieſsen, deren Diagnose aber ganz gesichert ist, wenn Iritis sich hinzugesellt. Komplizierende Peri- oder Endocarditis rechtfertigen gleichfalls die Diagnose auf Syphilis.

Sch. illustriert seine Ansichten durch 7 instruktive Krankengeschichten. Therapeutisch ist eine Merkurialkur indiziert und meist von überraschendem Erfolg.

Verfasser meint, daſs häufig gleichzeitig mit der Blennorrhöe Ulcera vorhanden waren, die sehr leichter Natur oder infolge der geringen Erscheinungen, die sie gemacht, für nicht spezifisch angesehen resp. total übersehen worden waren.

P. Taenzer-Leipzig.

Über Syphilis der Lungen und der Pleura, von Dieulafoy. (*Wiener med. Presse.* 1889. No. 29.) Die Lungensyphilis äuſsert sich anatomisch in drei Formen, von Gummen, von disseminierter Sklerose und in der Form einer Kombination von beiden. Als klinische Einteilung schlägt D. vor:

1. Typus der akuten tuberkulösen Bronchopneumonie; histologische Erscheinungen machen es wahrscheinlich, daſs die akute Lungensyphilis mit einer Broncho-

Digitized by Google

pneumonie beginnt. Die Dyspnöe ist sehr intensiv, die physikalischen Symptome sind im allgemeinen die der Lungentuberkulose. Das Vorhandensein einer syphilitischen Veränderung irgendwo am Körper und der Mangel von Tuberkelbacillen im Sputum lenken die Aufmerksamkeit auf Lues.

2. Typus der gewöhnlichen tuberkulösen Phthise mit langsamem Verlaufe, entsteht aus exulcerierenden Gummen; im Beginn Brustschmerzen und Dyspnöe, Hämoptöe, später Fieber, Nachtschweifse, Konsumption.

3. Bronchopulmonäre syphilitische Sklerose und syphilitische Pleuritis, charakterisiert sich durch eine Hypertrophie des das Stroma der Lunge bildenden Bindegewebes, eine syphilitische Lungencirrhose. Diagnose sehr schwierig. Die Syphilis der Pleura ist entweder Nebenerscheinung oder sie ist von einem Exsudat begleitet, und dann bildet sie die Haupterkrankung; in solchen Fällen sehr heftige Dyspnöe.

4. Syphilitische Pneumopathie, kombiniert mit Lungentuberkulose, indem die Syphilis bei einem Tuberkulösen auftritt, oder die Tuberkulose einen Syphilitiker befällt.

5. Frühzeitige oder späte hereditäre Syphilis. Erstere nur bei syphilitischen Föten oder bei der Sektion einige Monate alter Kinder; besteht in einer Verdickung der Wände der Bronchiolen und Alveolen und in einer epithelialen und desquamativen Pneumonie; die hereditäre tardive Lungensyphilis ist viel seltener und wird oft erst ex juvantibus diagnostiziert. *Eckart-Nürnberg.*

Bemerkungen über die therapeutische Verwertung der Hypnose, von Dr. Schuster in Aachen. (*Therap. Monatsh.* No. 7.) In dem Artikel sagt Sch. unter anderm: In meiner Praxis als Syphilidologe mufs ich die Hypnose als wichtiges Hilfsmittel für die Beseitigung mancher mit der Syphilis zusammenhängenden Gemütsveränderungen ansehen. Es stellen sich mir häufig Kranke vor, die man Syphilophoben nennt, und die man gewohnt ist, mit dem Ausspruche, „es fehle ihnen nichts", wieder zu entlassen; oder man schickt sie in Kaltwasseranstalten, oder man thut ihnen den Gefallen und unterwirft sie nochmals einer Quecksilberkur — aber diese Unglücklichen werden damit das Gespenst der Syphilisfurcht nicht los. Letztere besteht bei solchen, die noch unbedeutende syphilitische Reste haben, oder aber syphilisfrei sind. Meist sind es schon hereditär neuropathisch angelegte Naturen. Nicht wenige derselben verfallen dem Selbstmorde; ich glaube, dafs, wenn man in einer Statistik der Selbtmorde die Syphilophobie als ihre Ursache genauer verfolgen würde, so ergäbe sich eine grofse, hieraus entspringende Anzahl. Für diese Kranken halte ich die Suggestionstherapie für berechtigt und zwar als höchst dankbaren, mithelfenden, vielleicht rettenden Faktor in der Behandlung. *L. Hoffmann-Berlin.*

Akute Infektionskrankheiten.

Eine morbilliforme Röteln-Epidemie beobachtete Dr. Enko 1885 in zwei geschlossenen weiblichen Erziehungsanstalten in St. Petersburg, und zwar 170 Fälle. Die Krankheit trat ohne jegliche Prodromalerscheinungen auf und begann mit intensiver Röte des Pharynx und des Gesichtes, nur in seltenen Fällen breitete sich die Röte auch auf den übrigen Körper aus. Nach 1—2 Tagen zeigte sich ein morbilliformes Exanthem auf dem weichen Gaumen, auf Rachen und Gesichtshaut, welches sich in 12 bis 24 Stdn. über den ganzen Körper verbreitete und zwar je entfernter vom Gesicht, um so blasser. Die Körpertemperatur stieg bei Beginn der Eruption bis 38,5—39° und hielt 1—2 Tage an. Das Exanthem hielt sich 2—3 Tage. Sofort nach dem Schwinden

Digitized by Google

des Exanthems traten Drüsenschwellungen am Halse, seltener in der Achsel oder Leistenbeuge auf, die sich über 14 Tage hielten. Die übrigen Organe waren nicht verändert, weder Milzvergrößerung noch Affektion der Respirationswege nachweisbar. In einzelnen Fällen trat starkes Jucken und Schweiß auf, in einem Falle Urticaria. Der Ausgang war stets ein günstiger. Bezüglich des Einflusses des Alters auf die Erkrankung sei zu erwähnen, je älter die Schülerinnen, um so seltener erkrankten sie. Es kamen jedoch auch Fälle von Erkrankungen von Klosterdamen, die über 40 Jahr alt waren, vor. Diejenigen, die Masern und Scharlach überstanden, erkrankten seltener.

Die Differentialdiagnose ergab sich oft nur aus dem Verlauf der Krankheit. (*Arbeiten der russ. pädiatrischen Gesellschaft* für 1888.) *O. Petersen-St. Petersburg.*

Über **Rubeola** gibt Dr. Reimer interessante Beobachtungen auf Grund des im Laufe von 16 Jahren im Nikolai-Kinderhospital zu St. Petersburg gesammelten Materials. Während er in dieser Zeit 20393 Fälle an Masern und Scharlach gesehen, kamen nur 356 Fälle von Rubeola zur Beobachtung. Sie begann gewöhnlich ohne Vorboten mit Fieber (bis zu 39,5) und Exanthem. Nur in drei Fällen fiel das Fieber vor Ausbruch des Exanthems. Letzteres begann gewöhnlich in Form linsengroßer Flecke im Gesicht und ging von dort über den ganzen Körper, während die zuerst erschienenen Flecke oft schon in wenigen Stunden abblaßten. Das Exanthem hielt 2—5 Tage an. Abschuppung erfolgte nur in sehr ausgesprochenen Fällen und meist nur an der Nase und hinter den Ohren. Von anderen Symptomen hebt R. hervor: relativ häufig kurz anhaltende Nasenröte, leichter Katarrh der Luftwege und Schwellung der Halsdrüsen. Der Verlauf durchweg ein günstiger. Die Rubeola-Erkrankung schützt nicht vor Masern. Von seinen Patienten erkrankten nachweisbar später an Masern 71, an Scharlach 18. Anderseits hatten von den 356 Rubeola-Patienten bereits vorher 262 Masern und 116 Scharlach überstanden. Für die Diagnose hält R. folgende Symptome für beachtungswert: Schnelle Ausbreitung des Exanthems bei gleichzeitigem Abfallen der Temperatur, die fast stetige Abwesenheit von Katarrh der Luftwege, relatives Wohlbefinden, Aussehen des Exanthems und die Temperaturkurve. (*Arbeiten der russ. pädiatrischen Gesellschaft* für 1888 russ.)

O. Petersen-St. Petersburg.

Dr. Alex. Hartge in Dorpat empfiehlt (*Wiener med. Presse.* 1889. No. 25) die von ihm angewendete **Variolabehandlung.** Schon bei Verdacht auf Pocken im prodromalen Fieber fürs erste ein Abführmittel, dann täglich 1—2 Bäder von 25—26° R. Wird die Erkrankung manifest, dann alsbald kühle Umschläge oder die Weidenbaumsche Salbe (℞ Ungt. ciner. 1,0, Sapon. kal. 2,0, Glycerin 4,0), die man nach dem Bade aufschmiert. Innerlich Alcoholica in der Form von Eierpunsch oder Milch mit Kognak. *Eckart-Nürnberg.*

Über antiseptische Behandlung der Variola, von Dr. M. Lewentaner in Konstantinopel. (*Therap. Monatsh.* No. 6.) Die Pocken sind in Konstantinopel endemisch und so eingebürgert, wie jede andre Krankheit, nur mit dem Unterschiede, daß erstere öfter in Epidemien rekrudeszieren, um dann sporadisch in verschiedenen Ortschaften weiter fort zu existieren. Jüngere Kinder gingen meistens daran zu Grunde; deshalb macht Verf. auf seine Behandlungsmethode aufmerksam, bei welcher in der letzten Zeit die Kinder selbst mit schwerer konfluierender Variola dieselben überstanden.

Um gleichzeitig antiseptisch und antifebril einzuwirken, appliziert er eine 3% Karbolsäurepaste aus Amylum und Ol. amygd. dulc. auf einer Leinwandmaske so

Digitized by Google

zugerichtet, dafs nur schmale Öffnungen für Augen, Nase und Mund zurückblieben. Auf diese Weise wurde der ganze behaarte Kopf, Gesicht und Hals mit der Maske eingehüllt. Der Rumpf und Extremitäten wurden öfters mit folgendem gepinselt:

Glycerin. neutr.	70,0
Amyl. pur.	30,0
Acid. salicyl.	3,0

M. f. pasta.

Statt der Karbolsäurepaste hat er dann eine Salicylsäurepaste in derselben Stärke angewandt. Innerlich wurde Ol. amygdal. dulc. 15,0, Syr. aurant. flor. 30,0, Aq. lauroc. 10,0, Chinin. hydrochl. 0,3, solv. in Acid. hydrochl. q. s. f. Emuls., davon alle $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde in liegender Stellung mittels Tropfenzähler dem Kinde einflöfsen.

L. Hoffmann-Berlin.

Verschiedenes.

Über den Einfluſs der Beschäftigung bei Hautkrankheiten, von G. Leslie Foley (Boston). (*Journ. of cutan. and genito-urinary Diseases.* Mai 1889.) Eine Aufzählung der verschiedenen Gesellschaftsklassen und Beschäftigungen nebst den den einzelnen zukommenden Erkrankungen; ferner eine Liste der durch verschiedene Arten von Staub hervorgerufenen Symptome und der Beschäftigungen, bei denen dieselben entstehen, eine Liste von Chemikalien, Gasen und Dünsten und den durch dieselben hervorgerufenen Affektionen. Eine weitere Rubrik umfafst mechanische Einflüsse, indirekte und gemischte Einwirkungen. Kurz eine ziemlich vollständige Liste der Beschäftigungsdermopathologie. *Philippi-Felsberg.*

62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte
zu Heidelberg 1889.

Abteilung für Dermatologie und Syphilis.

Folgende weitere Vorträge sind angekündigt:

Aus Dr. Unnas Laboratorium:

1. Dr. v. Sehlen: Zur Frage nach den Ursachen der Alopecia areata.
2. Dr. v. Sehlen: Über die bakteriologische Methodik in der Dermatologie.
3. Dr. v. Sehlen: Bakteriologische Beobachtungen bei der Chrysarobinbehandlung der Trichophytie.
4. Dr. v. Sehlen: Fruktifikationsformen des Trichophyton tonsurans.
5. Dr. v. Sehlen: Züchtung des Mikrosporon furfur.
6. Dr. v. Sehlen: Demonstration von Pilzen der Flora dermatologica.
7. Dr. Pollitzer: Über die Natur der von Zander im fötalen Nagel gefundenen Körnerzellen.
8. Dr. Pollitzer: Über Bacillenbefunde bei den Exanthemen der Lepra nervorum.
9. Dr. Pollitzer: Histologie der Condylomatosis nigra multiplex.
10. Dr. Ludwig Philippson: Mikroskopische Demonstration von Oberflächenpräparaten verschiedener Dermatosen.
11. Dr. Unna: Über einen neuen Mikrobrenner.
12. Dr. Unna: Zur Behandlung der Trichophytie.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Digitized by Google

Fig. 1.

PAVLOFF, Impeticula capillitii.

Verlag von LEOPOLD VOSS in Hamburg (und Leipzig).

Digitized by Google

Fig. 2.

Fig. 3.

PAVLOFF, Impeticula capillitii.

Verlag von LEOPOLD VOSS in Hamburg (und Leipzig).

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 7. 1. Oktober 1889.

Ist der Aussatz ansteckend?

Von

Prof. Dr. G. Smirnoff
in Helsingfors.

Wie bekannt, sind die europäischen Ärzte, vielleicht wegen der Seltenheit der Lepra in den meisten Ländern Europas, von entgegengesetzten Ansichten bei der Beantwortung dieser Frage. So vertraten die beiden Autoritäten auf diesem Gebiete auf dem 8. internationalen ärztlichen Kongresse zu Kopenhagen 1884, Dr. Armauer Hansen aus Bergen in Norwegen und Dr. Zambaco aus Konstantinopel, diametral entgegengesetzte Ansichten. Hansen sprach sich in den Schlufsworten seines Vortrages über Lepra folgendermafsen aus: „Von welcher Seite wir also die Lepra anschauen, bekommen wir die Überzeugung, dafs dieselbe eine spezifische und *kontagiöse*[1] Krankheit ist, und dafs sie garnicht erblich ist. Und wahrscheinlich ist sie auch nicht auf die Nachkommen übertragbar. Jedenfalls kennt man nicht eine angeborene Lepra." — Dr. Zambaco aus Konstantinopel dagegen äufserte sich folgendermafsen[2]: „Je n'ai pas vu un seul fait de contagion de la lèpre. Des lépreux vivent au milieu de leurs familles, avec des parents de tout âge et des enfants, pendant 10 et 15 ans. Des personnes indemnes partagent la couche des lépreux; des hommes sains vivent maritalement avec leurs femmes lépreuses et réciproquement; des enfants naissent de ces mariages et jamais je n'ai observé, jusqu' à présent un seul cas de transmission." Weil also diese beiden Autoritäten betreffend der Kontagiosität diametral entgegengesetzte Meinungen haben, mag folgende Krankengeschichte verdienen erwähnt zu werden:

---

[1] Kursiviert von mir. — Betreffend der weitläufigen Motivierung Hansens für seine Ansicht verweise ich auf den *Compte-rendu* über die Verhandlungen bei dem genannten Kongresse, Tome III.

[2] Ebendaselbst.

Digitized by Google

Den 13. März 1885 wurde in die Klinik zu Helsingfors die Schmiedsfrau S. S. Palo, 32 Jahre alt, aus Kauhawa Kirchspiel, Wasa Gouvernement in Finnland, als an Lepra anaesthetica leidend aufgenommen. Die Geschwüre, zum gröfsten Teile an, oder richtiger unter den Füfsen, waren nicht sehr grofs und tief; auch der Allgemeinzustand war nicht besonders schlecht. Eine mäfsige Anämie konnte aus dem Umstande erklärt werden, dafs die Frau ihre ganz gesunde Tochter, geboren den 18. September 1883, stillte. Die Frau hatte ihr erstes Kind den 23. April 1875 geboren. Etwa zwei Monate danach erkältete sie sich und ging in die stark geheizte Badestube, um sich zu kurieren; danach spürte sie Einschlafen aller Glieder und völlige Anästhesie der Haut. Sodann traten allmählich Geschwüre auf, zuerst an den Füfsen, später an andern Teilen des Körpers. — Den 18. April 1878 gebar sie ihr zweites Kind. Alle diese drei Kinder sind gesund.

Als die Frau am 7. Juni 1885 entlassen wurde, waren die Geschwüre beinahe, aber nicht vollständig, geheilt.

Neulich schrieb ich an den Propst in Kauhawa, um mir weitere Nachrichten über den Zustand der Frau Palo und ihrer Familie zu verschaffen. Aus der Antwort entnehme ich Folgendes:

„Seit 1885 hat die Frau zwei Kinder geboren, das ältere den 15. August 1886, das noch lebt, ohne irgend ein Symptom von Aussatz, aber schwächlich ist; das zweite den 11. Juli dieses Jahres, das am 28. desselben Monates an Konvulsionen starb, auch ohne jedes Zeichen von Aussatz."

„Die Frau Palo ist fortwährend von Aussatz belästigt. Ausschläge kommen vor besonders an den Gelenken, wie an Ellenbogen, Knieen, Hacken, Fingern und Zehen. An den Fingern sind schon zwei Glieder, von der Spitze gerechnet, ganz und gar von der Krankheit zerstört worden und das dritte Glied, d. h. das erste freie Glied ist schon stark angegriffen. Die Füfse sind angeschwollen, die Hacken sind abgefault; an deren Stelle sieht man eine tiefe Grube mit schwarzem Boden. Auch die Zehen sind arg mitgenommen. Die Ausschläge schwitzen eine eiterige Flüssigkeit aus und verbreiten einen unleidlichen Gestank."

„Der Mann, Schmied Palo, ist fortdauernd gesund."

Dieser Fall bestätigt also die von verschiedenen Seiten gemachte Erfahrung, dafs der Aussatz sich nicht vererbt. Was die Kontagiosität anbetrifft, so ist es klar, dafs der Ehemann Palo während 15 Jahren fast täglich einer Ansteckung und sogar direkter Einimpfung ausgesetzt war und doch dabei gesund geblieben ist! — Dieser Fall spricht also gegen die Ansicht Hansens und für die Ansicht Zambacos, die letzterer auch durch Impfversuche bestätigt hat. Anderseits dürfen die guten Resultate betreffend der Abnahme der Krankheit, die man in Norwegen durch Isolierung der Kranken erzielt hat, nicht aus den Augen gelassen werden. Nur das genaue Studium einer grofsen Anzahl von Fällen kann entscheiden, in wie weit und unter welchen Bedingungen die Lepra als ansteckend zu betrachten ist.

Helsingfors, den 15. August 1889.

Digitized by Google

Zur Frage von den allgemeinen, mit Röte und Schuppung einhergehenden Exanthemen der Haut.

Vortrag, gehalten auf dem Internationalen Kongrefs für Dermatologie und Syphilographie in Paris

von

Dr. L. Brocq
in Paris.

(Übersetzt von Dr. Philippson-Hamburg.)

Aufser den klassischen fieberhaften Exanthemen gibt es noch eine grofse Kategorie von ziemlich schlecht gekannten Dermatosen, welche durch eine allgemeine Röte der Haut und eine mehr oder minder reichliche Abschuppung der Epidermis charakterisiert sind. Solche Fälle sind unter den verschiedensten Namen beschrieben worden, aber ganz besonders unter der Etikette „Pityriasis rubra" seit den Arbeiten von Devergie und von Hebra; Besnier nennt sie Érythrodermies exfoliantes. Wir glauben nach einigen andern Dermatologen bewiesen zu haben, dafs diese Gruppe nicht einheitlich ist und dafs sie sich hauptsächlich in erster Linie zusammensetzt aus folgenden drei wohl charakterisierten Affektionen:

I. Pityriasis rubra pilaris (Devergie, Besnier und Richaud), einer durch ihre Symptome, ihren Verlauf und ihre Histologie gut umschriebenen Krankheit, welche sich uns sehr der Psoriasis zu nähern scheint und welche verschiedene englische und amerikanische Autoren mit dem Namen Lichen, Psoriasis oder Lichen ruber belegen. Diese Affektion zeigt übrigens weder in jedem Falle noch in jeder einzelnen Periode das Bild eines allgemeinen mit Röte und Schuppung verbundenen Exanthems.

II. Perniciöse Lymphodermie von Kaposi und wahrscheinlich verschiedene allgemeine ekzemartige Varietäten von Mykosis fungoides, Krankheiten, welche noch ziemlich schlecht gekannt sind, aber welche man bereits angefangen hat diagnostizieren zu lernen.

III. Allgemeine mit Röte und Schuppung verbundene Exantheme artifiziellen Ursprungs, meistens durch Medikamente hervorgerufen, welche entweder nach deren Anwendung auf der Hautoberfläche oder nach Einverleibung in den Magen zur Wirkung kommen. Diese Klasse von scharlachartigen Arzneierythemen ist sehr

Digitized by Google

wichtig, und je mehr ich sie studiere, um so mehr überzeuge ich mich, dafs die meisten der bis zum heutigen Tage beschriebenen scharlachartigen, schuppenden, recidivierenden oder nicht recidivierenden Erytheme einen artifiziellen Ursprung haben.

Es gibt noch zwei andre Gruppen von allgemeinen mit Röte und Schuppung verbundenen Exanthemen, welche etwas schwieriger als die vorhergehenden zu erkennen sind und die wir absondern zu müssen glauben.

IV. Die akuten und allgemeinen Ausschläge, welche ziemlich häufig im Verlauf eines Ekzems, einer Psoriasis, viel seltener eines Lichen planus auftreten. Diese Fälle sind manchmal ziemlich schwierig zu diagnostizieren, sie müssen aber doch unserer Meinung nach unterschieden werden von der Herpétide maligne exfoliatrice und von den andern Érythrodermies exfoliantes, welche wir gleich besprechen werden. Ihre Haupteigenschaften sind: 1. dafs sie nur Nebenerscheinungen sind im Verlaufe einer vorhergehenden, gut umschriebenen Hautkrankheit, deren charakteristisches Element man mit der nötigen Sorgfalt stets auffinden kann; 2. dafs sie gewöhnlich keinen regelmäfsigen cyklischen Verlauf haben, dafs sie von kurzer Dauer sind; 3. dafs sie endlich in der grofsen Mehrzahl der Fälle nicht vollständig über die ganze Hautoberfläche verbreitet sind.

V. Herpétides exfoliatives, welche Bazin aufgestellt hat. Bei schwächlichen und seit langer Zeit mit chronischen Dermatosen, wie Ekzem, Psoriasis, Pemphigus, vielleicht auch Lichen planus und Pityriasis rubra pilaris, behafteten Individuen sieht man mitunter den Ausschlag sich über die ganze Hautbedeckung ausdehnen, nach und nach das Aussehen ändern, die verschiedenen Eigenschaften des Ekzems, der Psoriasis, des Pemphigus etc. verlieren und sich allmählich in eine diffuse, intensive, allgemeine Röte umwandeln, auf welcher die Epidermis in Form von trockenen und aufserordentlich zahlreichen Lamellen abschuppt. Das Allgemeinbefinden kann eine Zeitlang relativ gut sein. Es können selbst dabei Perioden von Unruhe und von neuen Schüben eintreten, ebenso wie ein alter Herzkranker mehrere Anfälle von Herzschwäche haben kann. Zum Schlufs magert dann der Kranke ab, verfällt dem Marasmus, leidet an unstillbaren Diarrhöen und erliegt endlich seinen Leiden. Mit einem Worte, die Herpétide maligne exfoliative ist eine Art von Hautkachexie, welche auf eine alte Dermatose folgt. Sie unterscheidet sich von den einfachen akuten Schüben, welche sich in dem Verlaufe eines Ekzems oder einer Psoriasis entwickeln, durch ihre lange Dauer, durch ihren so eigenartigen Anblick, dafs es vollständig unmöglich ist, gleich zuerst die wahre Natur der ursprünglichen Dermatose zu erkennen, durch die Intensität und Trockenheit der Abschuppung, durch die vollständige

Digitized by Google

Generalisation des Ausschlags und endlich besonders durch den bedenklichen Zustand des Allgemeinbefindens.

Nach Berücksichtigung aller der eben besprochenen Fälle stehen wir allgemeinen mit Röte und Schuppung verbundenen Exanthemen, den sogenannten essentiellen gegenüber, welche nicht in den Rahmen eines der vorigen Krankheitsbilder passen. Man könnte mit einem gewissen Scheine von Recht für sie den Genusnamen „Pityriasis rubra" beibehalten. Ihre Untersuchung ist noch ganz unvollständig. Zahlreiche schon veröffentlichte oder noch ungedruckte Fälle, welche wir kennen, scheinen uns noch nicht klassifiziert werden zu können und harren noch der Erklärung.

Sei dem wie ihm wolle, wir glauben jetzt schon folgende Formen annehmen zu können:

1. Erythema scarlatiniforme desquamativum oder gutartige, akute, schuppende Dermatitis.
2. Die eigentliche allgemeine schuppende Dermatitis oder die subakute Form.
3. Die chronische Form der allgemeinen schuppenden Dermatitis.
4. Die schwere Form der Pityriasis rubra (Hebra).
5. Die gutartige subakute Pityriasis rubra.

I. Erythema scarlatiniforme desquamativum oder gutartige, akute, schuppende Dermatitis.

Wir verstehen unter diesem Namen nach Féréol, Besnier und andern eine Art von Pseudo-Exanthem, welche charakterisiert ist durch einen ziemlich plötzlichen Anfang mit Fieber, welches Scharlach vortäuscht, durch den Ausbruch einer intensiven, gleichmäfsigen Röte, welche sich schnell über den ganzen Körper auszubreiten neigt, und durch eine trockene, lamellöse, aufserordentlich reichliche Abschuppung, welche aus Schuppen von nach den verschiedenen Körpergegenden variierenden Gröfsen besteht und welche noch vor dem Verschwinden der Röte aufzutreten beginnt. Die Heilung ist gewöhnlich in 2—6 Wochen eine vollständige. Haare und Nägel können erkranken und fallen manchmal aus, es ist aber nicht die Regel. Diese Dermatose kann mehrere mal recidivieren, und dann scheinen die folgenden Schübe immer weniger langdauernd und schwer zu werden.

Diese kurze Beschreibung zeigt, dafs diese Dermatose sehr verschieden ist von denjenigen, welche wir schon haben Revue passieren lassen. Sie kann nur mit folgenden 3 Affektionen verwechselt werden: 1. mit den Arzneiexanthemen, und es ist wahrscheinlich, dafs die meisten Fälle des bis heute beschriebenen recidivierenden Erythema scarlatiniforme desquamativum nur artifizielle Erythrodermien sind; 2. mit Scharlach, wovon sie sich durch die Intensität, die allgemeine Ausbreitung, die Dauer des

Digitized by Google

Exanthems und besonders durch die wichtige Thatsache unterscheidet, dafs die Abschuppung vor dem vollständigen Verschwinden der Röte beginnt; 3. mit der eigentlichen allgemeinen schuppenden Dermatitis.

II. Die eigentliche allgemeine schuppende Dermatitis oder die subakute Form.

Diese Dermatitis ist eine Allgemeinerkrankung, welche nicht kontagiös zu sein scheint. Sie hat einen cyklischen Verlauf (Stadium incrementi, St. acmes, St. decrementi), sie ist fieberhaft in ihren beiden ersten Stadien mit abendlicher Steigerung. Der Anfang ist mitunter plötzlich, häufiger schleichend: man sieht einen oder mehrere rote juckende Flecke auftreten, welche sich über den ganzen Körper in 2—10 Tagen ausbreiten. In dem Stadium der Akme ist die ganze oder fast die ganze Hautdecke von einer intensiven Röte überzogen, sie ist ein wenig verdickt, mitunter sogar glänzend und wie gespannt. Einige Tage nach dem Erscheinen der Röte schuppt die Epidermis ab, und von da ab beginnt eine Abschuppung in Form von perlmutterglänzenden, trockenen, sehr verschieden grofsen Lamellen, welche aber auf dem Rumpf und den Extremitäten im Mittel 2—3 cm in der Länge und $1^1/_2$ cm in der Breite haben und die manchmal dachziegelartig übereinander liegen. Die Haare fallen fast immer, vollständig oder nur zum Teil, aus; ebenso verhält es sich oft mit den Nägeln, welche zum mindesten doch verändert sind und tiefe transversale Furchen zeigen. Zu verschiedenen Zeiten und an verschiedenen Körperstellen, besonders in der Nähe der Gelenkfalten, kann ein mehr oder minder reichliches Nässen von fast immer aufserordentlichem Gestanke auftreten, und dann ähnelt der Ausschlag dem Ekzem. Manchmal sieht man noch hinzukommen pemphigusartige Blasen, Pusteln, Furunkel, Seborrhöe, Epidermiskegel um die Haare. Jucken ist eine fast konstante Erscheinung, wonach Exkoriationen und Nässen erfolgen. Die Kranken empfinden auch ziemlich häufig ein lästiges Gefühl von Brennen und von Hitze, sobald man sie aufdeckt, haben sie ein intensives Gefühl von Kälte. Die Schleimhäute können ergriffen sein. Wir haben beobachtet: Conjunctivitis, Coryza, Stomatitis, oberflächliche Glossitis. Die Lymphdrüsen sind oft geschwollen. Als Komplikationen führen wir an: Anthrax, oberflächliche und tiefe Abscesse, echte Phlegmonen, Verschorfungen, Taubheit, Iritis, Gelenkerkrankungen, Herzkomplikationen, partielle Paralysen, Paraplegien, Geistesschwäche.

In den gutartigen Fällen verläuft die Krankheit in 3—4 Monaten; wenn sie schwerer ist, gebraucht sie 5 oder 6 Monate; wenn sie sich durch ernste Komplikationen oder gehäufte Nachschübe in die Länge zieht, so benötigt sie 6—10 Monate und selbst ein Jahr zur vollständigen Heilung. Sie kann mit Tod um den dritten oder vierten Monat herum endigen unter Erscheinung von Diarrhöe, zunehmender

Digitized by Google

Erschöpfung oder durch eine ernste Komplikation besonders von seiten der Lungen.

Rückfälle und Recidive sind möglich.

Die eigentliche schuppende Dermatitis ist sehr häufig am Krankenbette schwierig zu erkennen; indessen ihr so eigenartiger Beginn, ihr plötzliches Erscheinen, ohne dafs eine andre Dermatose vorherging (obgleich unsrer Meinung nach sie sich tief auf dem Boden einer praeexistierenden Dermatose entwickeln kann), ihr fieberhafter und cyklischer Verlauf, ihre mehrmonatliche Dauer, der ganz besondere Anblick des Ausschlags, welcher ein lebhaftes Rot verbunden mit einer gewissen Verdickung der Haut zeigt, der Charakter der Schuppen, welche trocken, lamellös, sehr grofs sind, dachziegelartig liegen, die Veränderungen der Anhangsgebilde der Haut, endlich die möglichen Komplikationen — dieses ganze so spezifische Bild gibt dieser Krankheit ein eigenartiges Gepräge und erlaubt sie von andern Erythrodermien zu unterscheiden. Die akuten Ausbrüche, welche bei Ekzem oder bei Psoriasis auftreten, weichen von ihr ab durch ihren Verlauf, durch das Fehlen eines fieberhaften Cyklus und eines scharf umschriebenen Krankheitsbildes, durch ihr Aussehen, denn es ist fast immer in solchen Fällen möglich einige Spuren der ursprünglichen Affektion wiederzufinden. Die Herpétides exfoliatives haben nicht denselben Verlauf. Das Erythema scarlatiniforme desquamativum ist die Affektion, welche sich noch am meisten der schuppenden Dermatitis nähern würde, und dies in dem Grade, dafs man dasselbe mit einigem Rechte als eine schuppende Dermatitis im kleinerem Mafsstabe und von kurzer Dauer betrachten könnte. Dasselbe würde danach also die gutartige und gewissermafsen die Abortivform der schuppenden Dermatitis sein. Es gibt übrigens Fälle von Erythema scarlatiniforme desquamativum mit längerer Dauer, mit Ausfall der Haare und Nägel, welche die Übergangsformen zwischen den leichten Formen der schuppenden Dermatitis und den gewöhnlichen Formen des Erythema scarlatiniforme desquamativum bilden.

III. Die chronische Form der schuppenden Dermatitis.

Neben der typischen oder gewöhnlichen Form der schuppenden Dermatitis, welche ich im Jahre 1882 studiert habe, glaube ich noch eine chronische Form derselben Krankheit beschreiben zu müssen. Der folgende Fall, welchen ich der Liebenswürdigkeit meines verehrten Lehrers, des Prof. FOURNIER, verdanke und welchen ich bei ihm 1883 beobachtet habe, kann als ein ausgezeichnetes Beispiel dafür angesehen werden. Er scheint mir die klinischen Hauptmerkmale dieser Krankheitsform zu bestimmen. Am 12. Mai 1883 kommt in No. 70 des Saales St. Louis ein Mann im Alter von 50 Jahren, Sattler, der weder von früher acquirierter noch hereditärer Krankheit weifs. Der Ausschlag, an

Digitized by Google

welchem er erkrankt ist, hat vor 3 Jahren mit einfachem Jucken in den Kniebeugen begonnen. Der Kranke hat sich gekratzt, es sind Röte, Nässen und Krusten dazugetreten; die Affektion war also im ganzen ähnlich einem Ekzem. Sie blieb 14 Monate auf die Waden beschränkt. Dann hat sie sich allmählich ausgedehnt über die Schenkel, den Rumpf und endlich bis auf den Kopf. Seit seinem Eintritt in das Hospital sind schon 4 Monate verflossen, wo die Ausdehnung der Krankheit eine allgemeine ist. Auf dem Rumpf und im Gesicht hat er nie Bläschen noch Nässen gehabt; es traten hier gleich von Anfang an trockene Röte und Schuppung auf.

Der Kranke ist grofs, kräftig, bisher von einer ausgezeichneten Gesundheit. Er hat guten Appetit, niemals Diarrhöe, und alle Funktionen normal. Der gesamte Körper, inklusive Flachhand und Fufssohle, und der behaarte Kopf sind von einer lebhaften Röte überzogen. Die Hautdecke ist nicht druckempfindlich, aber juckend und etwas verdickt; sie ist bedeckt mit grofsen, trockenen, perlmutterglänzenden, durchscheinenden Schuppen, von denen einige auf dem Rumpfe und den Extremitäten die Durchmesser von 3 auf $1^1/_2$ cm erreichen. Diejenigen des Gesichtes und des behaarten Kopfes sind kleiner. Sie sitzen mit einer der gröfsten Seiten fest, mit dem übrigen Teile schweben sie frei und sitzen auf dem Oberarm senkrecht zur Axe der Extremität, auf dem Unterarm parallel dazu. Sie decken sich nicht dachziegelartig, sondern lassen zwischen sich verschieden grofse Zwischenräume, in welchen man die Haut mit ihrer lebhaften Röte erblickt. Jeden Morgen sammelt man im Bette eine grofse Menge von Schuppen. Auf dem Hand- und Fufsrücken sieht man transversale Fissuren von braunroter Farbe, trocken, ziemlich tief und schmerzhaft. Seit dem Krimkriege hat der Kranke seine Haare auf dem Scheitel verloren. Aber seit 2 Monaten fangen die Haare der Seitenpartien des Kopfes an auszufallen. Ebenso verhält es sich mit dem Barte, den Augenbrauen, den Wimpern, den Haaren des übrigen Körpers. Die Nägel an Hand und Fufs sind verdickt, bräunlich-gelb, durch unregelmäfsige Hornmassen abgehoben; sie sind runzelig und von weifslichen Streifen durchzogen, auf deren Höhe sie ihren Glanz verloren haben und abzuschuppen scheinen.

Die Leistendrüsen sind geschwollen, hart und schmerzlos; diejenigen der Achselhöhlen, obgleich weniger umfangreich, sind ebenfalls hypertrophiert. Kein Albumen im Harn, kein Fieber.

Am 23. Mai erscheint leichte Fieberbewegung und eine Art von entzündlichem, ekzematösem Ausschlag. Der behaarte Kopf, das Gesicht, die unteren Extremitäten schwellen an und nässen ein wenig. Vom 29. Mai an nehmen alle diese Regionen ihr gewöhnliches Aussehen wieder an; aber es bleibt das Ödem des linken Beines und der Füfse zurück,

Digitized by Google

welche schmerzen und dem Kranken das Gehen verbieten. Im Juni treten multiple, subkutane Abscesse auf. Im August bemerkt man, dafs die Hautdecke verdickt, etwas starr ist, aber im ganzen fast dasselbe Aussehen zeigt, wie seit dem Eintritt des Kranken in das Hospital.

Von Zeit zu Zeit treten leichte Fieberbewegungen auf, besonders abends. Das Thermometer steigt bis auf 38,5°, der Puls ist bis zu 108. Der Kranke verliert die Fingernägel, hat etwas Amblyopie. Im Mafse wie die Dermatose sich in die Länge zieht, sieht man deutlich, wie sich auf der Haut immer mehr und mehr eine dunkelbräunliche Pigmentierung ausbildet. Im Laufe des November hat sich der Zustand etwas gebessert; die Haut ist weniger verdickt, die Abschuppung und das Jucken weniger stark, die Füfse sind weniger ödematös und weniger empfindlich, so dafs sie wieder die Körperlast tragen können. Der Kranke verläfst nun das Hospital. Aber erst Ende Januar 1884 verschwinden die Abschuppung, die Röte und die Infiltration der Hautdecke. Die bräunliche Pigmentierung bleibt bis Anfang 1885 bestehen. Erst um diese Zeit erlangt der Patient seine Gesundheit vollkommen wieder. Taubheit und Amblyopie sind verschwunden, die Haare der Schläfen- und Hinterhauptgegend, die Augenbrauen, die Wimpern, der Bart sind wieder gewachsen, die Nägel haben sich mit Ausnahme desjenigen am rechten Zeigefinger, welcher vollständig zerstört ist, wieder gebildet. Seitdem ist der Kranke von jeder andern Hautkrankheit verschont geblieben, seine Gesundheit ist vollkommen, er hat seine frühere Kraft wiedergewonnen, und ich habe selbst noch sein ausgezeichnetes allgemeines und lokales Wohlbefinden am 14. Juli 1889 bestätigen können.

Der erste Gedanke, welchen man beim Überlesen dieser Beobachtung hat, ist der, dafs es sich ursprünglich um ein Ekzem handelt, welches sich nachträglich mit einem akuten allgemeinen Ausbruch derselben Dermatose oder mit einer schuppenden Dermatitis kompliziert hat. Ich glaube nun aber nicht, dafs eine solche Interpretation richtig ist. Ich halte die Annahme nicht für berechtigt, dafs in der ersten oder der ekzemartigen Periode der Ausschlag ein echtes Ekzem war, denn verschiedene Dermatosen können lange Zeit Ekzem vortäuschen, bevor sie ihren wahren Charakter enthüllen; ich beschränke mich darauf, diesbezüglich nur an Mykosis fungoides zu erinnern. Anderseits kann man aus dieser Erythrodermie keinen akuten Ausschlag machen, welcher auf dem Boden eines gewöhnlichen Ekzems auftrat, denn die Dauer der Affektion ist viel zu lang gewesen, die Ausbreitung zu allgemein, die allgemeinen und lokalen Symptome zu schwer. Man kann, so scheint mir, daraus keine Herpétide exfoliative machen, welche sich bei einem Ekzem-Kranken entwickelt hat, denn die vorliegende Eruption ist die erste Manifestation auf der Haut gewesen, welche der Kranke gehabt hat, und das Hauptmerkmal der

Digitized by Google

Herpétide exfoliative ist, sich nach und nach bei Individuen zu entwickeln, welche mit einer eingewurzelten Dermatose behaftet sind.

Ferner glaube ich nicht, dafs man diesen Fall, so wie es sicherlich verschiedene ausländische Dermatologen thun würden, als eine gewöhnliche, schuppende Dermatitis betrachten kann, die auf dem Boden eines Ekzems entstanden sei. Es scheint mir nach dem so beständigen Fortschreiten der Krankheit zu urteilen klar, dafs es sich von Anfang bis zu Ende um ein und dieselbe Hautkrankheit gehandelt hat, welche ihr Stadium des Fortschritts, der Blüte und des Rückganges gehabt hat. Und anderseits kann ich nicht zulassen, dafs, wenn hier eine schuppende Dermatitis als eine neue auf dem Boden eines vorhergehenden Ekzems entstandene Krankheit vergelegen hätte, dann nach dem Verschwinden der schuppenden Dermatitis der Patient nicht irgend eine deutliche Manifestation oder mindestens irgend einen neuen Ausbruch von Ekzem gehabt haben soll; nun wissen wir aber absolut sicher, dafs seit Anfang 1884 der Patient nicht den mindesten Ausschlag mehr gehabt hat.

Ich meine also, dafs man diesen Fall als eine chronische Form der schuppenden Dermatitis ansehen mufs. Wir finden hier 1. eine Periode des Beginns, welche sehr lang ist, und während welcher die Affektion das Ekzem vortäuscht und sich mit der gröfsten Langsamkeit allmählich ausbreitet; 2. eine Periode der Blüte, welche ebenfalls sehr lang ist und während welcher sich die objektiven Haupteigenschaften der typischen schuppenden Dermatitis zeigen: intensive allgemein verbreitete Röte und Infiltration der Haut, welche an gewissen Stellen sogar sehr ödematös ist, fortdauernde und sehr reichliche Abschuppung in grofsen Lamellen, Apyrexie oder leichte Fieberanfälle, welche von fieberfreien Intervallen unterbrochen werden, Ausfall der Haare, Affektionen und Ausfall der Nägel, Drüsenanschwellung, Komplikationen wie Abscesse, Amblyopie, Taubheit; 3. endlich eine Periode des Rückgangs, wo die Abschuppung und die Röte nach und nach mit Hinterlassung einer bräunlichen Pigmentierung verschwinden, welche erst sehr langsam vergeht. Die Gesamtdauer der Krankheit beläuft sich auf mehrere Jahre.

IV. Pityriasis rubra chronica (Hebra).

Es ist bekannt, dafs Hebra unter dem Namen Pityriasis rubra eine Krankheit beschrieben hat, welche in langsamer und fortschreitender Weise ihren Anfang nimmt unter der Form von Plaques, welche lebhaft rot, schuppend, trocken sind und die Tendenz haben sich schrittweise auszudehnen, so dafs in mehreren Monaten oder in 1—2 Jahren der Ausschlag über den ganzen Körper verbreitet ist. Er ist dann charakterisiert durch eine Röte von wechselnder Intensität, welche am häufigsten ziemlich dunkel und an den Beinen sogar livide ist, durch eine unaufhörliche Abschuppung von feinen, pityriasisartigen Schüppchen oder von

Digitized by Google

Lamellen mittlerer Gröfse, welche nie die Durchmesser derjenigen bei der schuppenden Dermatitis erreichen. Die lästigen Empfindungen, welche die Patienten haben, sind besonders beständiges Frieren. Der Pruritus ist mäfsig oder fehlt in den meisten Fällen. Doch soll er nach einigen Autoren mitunter von einer solchen Intensität sein, dafs nichts ihn beruhigen kann und dafs er für den Kranken zu der schrecklichsten Qual wird. Wir fragen uns, ob nicht einige von diesen so juckenden Fällen, wofür wir Beispiele gesehen haben, vielmehr als chronische Formen von Dermatitis exfoliativa betrachtet werden müfsten.

Die Pityriasis rubra chronica zeigt keine Remissionen. Sie kann lange stationnär bleiben, ohne den Kranken allzu sehr zu belästigen; aber nach Verlauf entweder von einigen Monaten oder von mehreren Jahren endet sie mit tödlichem Ausgange. Die Haut wird spröde, gespannt und wie ödematös, die Röte nimmt eine cyanotische Färbung an. Dann beginnt ein ausgesprochener Prozefs von Retraktion oder Atrophie der Hautdecke, welche sich verdünnt und über die unterliegenden Teile so sich ausspannt, dafs die Kranken unbeweglich sind. Die Haare des Körpers werden dünn und fallen aus, die Nägel sind brüchig, glasartig, schwach oder verdickt und zerreibbar. Allmählich kommt das Individuum in die Periode der Kachexie: es treten Geschwüre, Schorfe, spontane Gangrän auf. Endlich erfolgt der Tod unter Marasmus, welcher noch oft beschleunigt wird durch eine Komplikation, wie Lungentuberkulose, Pneumonie etc. Es ist fast unnötig, darauf aufmerksam zu machen, wie sehr dieses Krankheitsbild sich von den andern Erythrodermien, welche wir erwähnt haben, unterscheidet. Die lange Dauer der Pityriasis rubra chronica, ihr langsamer, schleichender, fieberfreier Beginn, die relative Kleinheit der Schuppen, die geringe Infiltration der Haut, das relative Freibleiben der Anhangsgebilde während der ganzen ersten Periode der Krankheit, endlich ihre so spezifische Entwickelung, alle diese hervortretenden Eigentümlichkeiten unterscheiden sie klar von den schuppenden Dermatitiden, so wie wir sie auffassen.

V. Die subakute oder gutartige Form der Pityriasis rubra.

Zum Schlusse fragen wir uns, aber ohne in dieser Hinsicht Behauptungen aufstellen zu können, denn wir haben hierfür keine genügend sicheren und genügend zahlreichen Beweise, ob man nicht die Existenz einer fünften Krankheitsform, der Pityriasis rubra subacuta zulassen müfste. Wir haben schon 1884 eine kurze Bemerkung darüber veröffentlicht nach einer Beobachtung, welche uns unser ausgezeichneter Lehrer Prof. Vidal überlassen hatte, und nach einigen andern Fällen, welche wir hier und da bei den Autoren aufgefunden haben. Diese fünfte Varietät von essentieller Erythrodermie würde sich von den schuppenden Dermatitiden durch ihre feinere Abschuppung, durch das Freibleiben der Anhangsgebilde,

Digitized by Google

durch die Erhaltung des guten Allgemeinbefindens unterscheiden und von der Pityriasis rubra chronica durch ihre kurze Dauer und ihre Gutartigkeit. Man kann sich also fragen, ob man sie nicht als die gutartige Form des HEBRAschen Typus oder vielleicht als eine Abortivform der Dermatitis exfoliativa betrachten sollte. —

Aber wir können es zum Schlufs dieser Mitteilung nicht genug wiederholen, dafs es sich hier nur darum handelte die Grenzen zu ziehen. Um dahin zu gelangen, über diese dunkle Frage von den schuppenden Erythrodermien Licht zu verbreiten, mufs man fortan mit der peinlichsten Genauigkeit Material sammeln, Temperatur messen, Urin und Schuppen untersuchen, die verschiedenen Phasen der Krankheit notieren, den Grad der Röte, der Infiltration der Haut, die Gröfse und Form der Schuppen, den Zustand der Anhangsgebilde, der Sensibilität, der Lymphdrüsen, die verschiedenen Komplikationen, den Verlauf der Krankheit, die Rückfälle, die Recidive; man sollte, wenn möglich, die Biopsie und die histologische Untersuchung machen. Erst wenn man eine bestimmte Anzahl derartig beobachteter Fälle hat, wird man gut umschriebene Gruppen aufstellen und ein dauerndes Werk schaffen können.

Aus Dr. UNNAS dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Entstehung und Schicksale des Keratohyalins vor und nach der Geburt.

Von

Dr. T. PAVLOFF
aus St. Petersburg.

Das Wesen des Verhornungsprozesses, welches, in Ermangelung positiver Daten, lange Zeit hindurch dem Gebiet verschiedenartiger, ziemlich schwankender Theorien angehört hatte, tritt nun in eine neue Phase ein. Die Entdeckung einer Körnerschicht (resp. des Keratohyalins) zwischen der Horn- und der Stachelschicht, welche so zu sagen eine Übergangszone darstellt, durch welche die Zellen der Stachelschicht unumgänglich passieren müssen, bevor dieselben einer totalen Verhornung unterliegen, wird uns ohne Zweifel nach genügender Verwertung über diesen äufserst interessanten Prozefs genauen Aufschlufs geben können. Die eingehende

Digitized by Google

Erörterung der, beiläufig gesagt, noch nicht umfangreichen Litteratur über diese Frage liegt aufserhalb meiner Aufgabe, dennoch kann ich nicht umhin, an dieser Stelle, wenn auch in kurzen Worten, alles das anzuführen, was uns bis jetzt über die Körnerschicht und die Zellen bekannt ist, aus denen sie besteht.

Dasjenige, was wir jetzt unter dem Namen der Körnerschicht verstehen, ist bekanntlich zuerst von AUFHAMMER und kurz darauf von LANGERHANS beschrieben worden. Diese beiden Autoren bemerkten zwischen der Horn- und der Stachelschicht besondere Zellen, welche sich durch ihre Gröfse und Körnung auszeichneten; jedoch legten die beiden Autoren diesen Zellen keine besondere Bedeutung bei und hielten dieselben für zufällige Erscheinungen. Das Verdienst einer ausführlicheren Durcharbeitung dieses von oben genannten Autoren gemachten Fundes gehört gänzlich Herrn Dr. UNNA, welcher auf Grund seiner zahlreichen Untersuchungen sowohl der normalen als auch der pathologischen Zustände der Haut zuerst konstatiert hat, dafs diese Zwischenschichtzellen so zu sagen keine Zufallsbildung vorstellen, sondern im Gegenteil, dafs dieselben, indem sie als eine ununterbrochene Schicht sich ausbreiten, einen konstanten und integrierenden Teil der völlig entwickelten Haut ausmachen. Hierbei wies er auf den sehr wahrscheinlichen Zusammenhang dieser Schicht mit dem Verhornungsprozefs hin und benannte dieselbe Körnerschicht entsprechend dem Charakter der sie bildenden Zellen. Die Körnung der Zellen wird jedoch nicht nur in dieser Schicht ausschliefslich beobachtet; dieselbe bemerkt man, wenn auch in geringerem Grade, sogar in den tiefen Stellen der Stachelschicht, was gewissermafsen darauf hindeutet, dafs der Übergang der Zellen letzterer Schicht in solche der Hornschicht nicht plötzlich vor sich geht, sondern successive vorbereitet wird. Weitere Beobachtungen von UNNA, sowie andrer Autoren, stellten fest, dafs die gekörnte Schicht bei Erwachsenen überall auf der Körperoberfläche vorkommt, mit Ausnahme des Lippenrots und des Nagelbettes; aufserdem findet man die Körnerzellen noch in den Mutterzellen der inneren Wurzelscheide, in Schweifsporen u. s. w. Wenn man somit die Existenz der Körnerschicht als solcher heutzutage als unzweifelhaft und völlig erwiesen betrachten kann, so läfst sich leider nicht dasselbe sagen hinsichtlich der chemischen Eigenschaften dieser Körner, welche die charakteristischen unterscheidenden Merkmale der Zellen dieser Schicht ausmachen, die wir zu untersuchen haben.

Wir wissen blofs, dafs die Masse, woraus diese Körper bestehen, eine feste, dichte Substanz vorstellt, welche, wie die chemischen Untersuchungen von WALDEYER und von BUZZI gezeigt haben, weder Fett, noch Nuklein, noch Keratin sein kann. Ihren chemischen Reaktionen nach nähert sich dieselbe am meisten dem Hyalin, weshalb WALDEYER

Digitized by Google

für dieselbe die sehr treffende Bezeichnung Keratohyalin vorgeschlagen hat. Gerade dieser Mangel genauer Kenntnisse der chemischen Natur des Keratohyalins ist der Grund, warum das Detailverständnis des Überganges der Körnerzellen in die Hornzellen nicht möglich ist, und zugleich die Ursache des Auftretens verschiedener, mehr oder minder wahrscheinlicher Theorien darüber. Aber dieses nicht genug; es gibt einige Autoren, die aus selbigen Gründen im Keratohyalin gar keinen Zusammenhang mit dem Verhornungsprozefs erblicken wollen.

Zum vollen Verständnis des letzteren fehlt uns somit noch vieles, wie ja aus diesen wenigen Zeilen zu ersehen ist.

Eine der wesentlichen Lücken der Lehre von der Körnerschicht scheint mir der Mangel irgend welcher Daten hinsichtlich der Entwickelung und des Vorkommens des Keratohyalins beim Fötus. Mir schien es möglich zu sein, einesteils durch Beobachtung der Entwickelung der Körnerschicht an und für sich und dann in ihrem Verhalten zu den andern Hautschichten, der Hornschicht und der Stachelschicht, eine gröfsere oder geringere Wechselbeziehung aller dieser drei Schichten untereinander festzustellen, und somit den Zusammenhang der Körnerschicht mit dem Verhornungsprozefs zu verwerfen oder zu bestätigen.

Mit dem Studium der Entwickelung der Haut beim Fötus und bei Neugeborenen beschäftigt, habe ich, von Herrn Dr. Unna dazu aufgefordert, meine ganz besondere Aufmerksamkeit darauf verwandt, und bilden die Resultate dieser Untersuchungen den Gegenstand vorliegender Arbeit.

Um unnütze Wiederholungen künftig zu vermeiden, werde ich, bevor ich die von mir erzielten Resultate darlege, jenes Verfahren mitteilen, welches ich bei meinen Untersuchungen angewandt habe. Kleine Stücke frischer Haut, etwa von der Gröfse eines Quadratzentimeters, wurden vorher in Alkohol gehärtet und sodann in Celloidin eingebettet. Beim Präparieren der Schnitte wurde besonders darauf gesehen, dafs dieselben möglicht senkrecht zur Hautoberfläche ausfielen. Zum Färben der Präparate benutzte ich eine Lösung von Hämatoxylin in 5 % Alaunwasser, worin dieselben 24 Stunden hindurch liegen blieben, sodann wurden die Präparate in Essigsäure entfärbt, in Wasser gewaschen etc.

Dieses Verfahren zur Untersuchung des Keratohyalins mufs, nach den Bemerkungen andrer Autoren, wie auch auf Grund meiner eigenen Beobachtungen, für das allerzweckmäfsigste bezeichnet werden, sowohl wegen seiner Einfachheit, als auch wegen der scharfen Ausprägung der gewonnenen Bilder.

Als Material für meine Untersuchungen dienten mir die Häute zweier Föten und dreier Neugeborenen von verschiedenem Alter, — ein Material, welches allerdings nicht besonders mannigfaltig gewesen, jedoch glaube ich, in anbetracht des völligen Mangels irgend welcher Daten in dieser

Digitized by Google

	Fötus 2 Mon.	Fötus 7 Monate	Neugeboren 1 Tag	Neugeboren 18 Tage	Neugeboren 3 Monate
1. Fufssohle	Die völlige Abwesenheit des Keratohyalins	Hornschicht 47 Stachelschicht: Über den Papillen 19 Über den Leisten 57,5 III.	Hornschicht 37,5 Stachelschicht: Über den Papillen 18,5 Über den Leisten 60,5 IV.	Hornschicht 53 Stachelschicht: Über den Papillen 27 Über den Leisten 63 IV.	Hornschicht 61,5 Stachelschicht: Über den Papillen 28,5 Über den Leisten 85 IV.
2. Unterschenkel		Hornschicht 8 Stachelschicht: Über den Papillen 11,5 Über den Leisten 37 0.	Hornschicht 10,5 Stachelschicht: Über den Papillen 21,5 Über den Leisten 60 III.	Hornschicht 19,5 Stachelschicht: Über den Papillen 25,5 Über den Leisten 64,5 III.	Hornschicht 11 Stachelschicht: Über den Papillen 16 Über den Leisten 55 III.
3. Oberschenkel		Hornschicht 6,5 Stachelschicht: Über den Papillen 13,5 Über den Leisten 31,5 0.	Hornschicht 11 Stachelschicht: Über den Papillen 19 Über den Leisten 54,5 III.	Hornschicht 17 Stachelschicht: Über den Papillen 20 Über den Leisten 65,5 III.	Hornschicht 11,5 Stachelschicht: Über den Papillen 17 Über den Leisten 56 III.
4. Hinterbacken		Hornschicht 6,5 Stachelschicht: Über den Papillen 12 Über den Leisten 33 0.	"	"	"
5. Flachhand		"	Hornschicht 36 Stachelschicht: Über den Papillen 17 Über den Leisten 57 IV.	Hornschicht 72 Stachelschicht: Über den Papillen 28 Über den Leisten 73 IV.	Hornschicht 57 Stachelschicht: Über den Papillen 27 Über den Leisten 60 IV.

Digitized by Google

	Fötus 2 Mon.	Fötus 7 Monate	Neugeboren 1 Tag	Neugeboren 18 Tage	Neugeboren 3 Monate
6. Finger	Die völlige Abwesenheit des Keratohyalins	Hornschicht 33 Stachelschicht: Über den Papillen 20 Über den Leisten 52 III.	"	Hornschicht 97 Stachelschicht: Über den Papillen 15 Über den Leisten 71 IV.	"
7. Unterarm		Hornschicht 8 Stachelschicht: Über den Papillen 15 Über den Leisten 36 0.	Hornschicht 7 Stachelschicht: Über den Papillen 16 Über den Leisten 51 III.	Hornschicht 17 Stachelschicht: Über den Papillen 21 Über den Leisten 61 II.	Hornschicht 14 Stachelschicht: Über den Papillen 17 Über den Leisten 60 III.
8. Oberarm		Hornschicht 7 Stachelschicht: Über den Papillen 14 Über den Leisten 39 0	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 16 Über den Leisten 50 III.	Hornschicht 15 Stachelschicht: Über den Papillen 23 Über den Leisten 56 II.	Hornschicht 10 Stachelschicht: Über den Papillen 19 Über den Leisten 55 III.
9. Rücken		Hornschicht 8 Stachelschicht: Über den Papillen 13 Über den Leisten 37 0.	Hornschicht 5 Stachelschicht: Über den Papillen 13 Über den Leisten 39 II.	Hornschicht 13 Stachelschicht: Über den Papillen 18 Über den Leisten 45 I.	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 14 Über den Leisten 53 II.
10. Bauch		Hornschicht 7 Stachelschicht: Über den Papillen 13 Über den Leisten 39 0.	Hornschicht 5 Stachelschicht: Über den Papillen 16 Über den Leisten 45 II.	Hornschicht 13 Stachelschicht: Über den Papillen 21 Über den Leisten 52 I.	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 16 Über den Leisten 57 II.

Digitized by Google

11. Brust	Die völlige Abwesenheit des Keratohyalins	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 11 Über den Leisten 34 0.	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 16 Über den Leisten 52 III.	Hornschicht 13 Stachelschicht: Über den Papillen 21 Über den Leisten 57 I.	Hornschicht 10 Stachelschicht: Über den Papillen 14 Über den Leisten 53 I.
12. Hals		Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 11 Über den Leisten 40 0.	Hornschicht 5 Stachelschicht: Über den Papillen 17 Über den Leisten 50 II.	Hornschicht 15 Stachelschicht: Über den Papillen 27 Über den Leisten 60 I.	Hornschicht 8 Stachelschicht: Über den Papillen 14 Über den Leisten 60 I.
13. Kinn		Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 12 Über den Leisten 34 0.	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 17 Über den Leisten 51 III.	Hornschicht 15 Stachelschicht: Über den Papillen 27 Über den Leisten 62 II.	Hornschicht 7 Stachelschicht: Über den Papillen 15 Über den Leisten 58 III.
14. Wange		Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 11 Über den Leisten 36 0.	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 17 Über den Leisten 56 II.	"	Hornschicht 7 Stachelschicht: Über den Papillen 14 Über den Leisten 59 III.
15. Nase		Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 11 Über den Leisten 36 0.	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 16 Über den Leisten 52 III.	"	Hornschicht 11 Stachelschicht: Über den Papillen 14 Über den Leisten 56 IV.
16. Lippe		"	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 17 Über den Leisten 52 III.	Hornschicht 14 Stachelschicht: Über den Papillen 25 Über den Leisten 52 I.	Hornschicht 6 Stachelschicht: Über den Papillen 14 Über den Leisten 56 IV.

Digitized by Google

	Fötus 2 Mon.	Fötus 7 Monate	Neugeboren 1 Tag	Neugeboren 18 Tage	Neugeboren 3 Monate
17. Ohr	Die völlige Abwesenheit des Keratohyalins	Hornschicht 8 Stachelschicht: Über den Papillen 11 Über den Leisten 37	"	Hornschicht 14 Stachelschicht: Über den Papillen 25 Über den Leisten 60	"
18. Augenlid		Hornschicht 8 Stachelschicht: Über den Papillen 11 Über den Leisten 39 III.	"	"	"
19. Stirn		Hornschicht 7 Stachelschicht: Über den Papillen 10 Über den Leisten 33 0.	"	"	"
20. Behaarter Kopf		Hornschicht 8 Stachelschicht: Über den Papillen 10 Über den Leisten 41 I.	Hornschicht 7 Stachelschicht: Über den Papillen 17 Über den Leisten 58 III.	Hornschicht 13 Stachelschicht: Über den Papillen 22 Über den Leisten 63 I.	Hornschicht 5 Stachelschicht: Über den Papillen 13 Über den Leisten 52 III.
21. Schamlippe		"	"	Hornschicht 14 Stachelschicht: Über den Papillen 27 Über den Leisten 62 II.	"

Digitized by Google

Frage einerseits und angesichts der von mir erzielten positiven Resultate anderseits, denselben eine gewisse Bedeutung beilegen zu dürfen.

Bei meinen Untersuchungen habe ich nicht nur konstatiert, wann, wo und in welchem Grade die Entwickelung der Körnerschicht beobachtet wird, sondern auch den Entwickelungsgrad andrer Schichten, und habe ich letzteres festgestellt durch Messungen mit dem Okular-Mikrometer. Die angegebenen Zahlen bilden den Durchschnitt von je zwanzig Messungen. Was die Körnerschicht anbelangt, so habe ich in vorstehenden Tabellen S. 305—308 deren Entwickelungsgrade nach 5 Typen dargelegt. Ich bezeichne nämlich mit

0. die völlige Abwesenheit des Keratohyalins,
I. spärliche einzelnliegende Zellen,
II. zahlreich einzeln liegende Zellen,
III. aneinandergereihte Zellen in einer Schicht,
IV. aneinandergereihte Zellen in zwei bis drei Schichten.

Aus der Betrachtung dieser Tabellen geht hervor, dafs die Körnerschicht in der Zeit zwischen dem zweiten bis siebenten Monat des Fötallebens in die Erscheinung tritt. Leider hatte ich nicht genügend Material zur Hand, um den Moment des Hervortretens derselben noch präziser festzustellen, doch fällt derselbe nach den mir mündlich mitgeteilten Beobachtungen von Dr. Unna sicher erst in das Ende des sechsten und den Anfang des siebenten Fötalmonats. Die Entwickelung des Keratohyalins geht nicht plötzlich an allen Stellen vor sich, sondern zunächst nur an einigen. Bei einem dreimonatlichen Neugeborenen, bei dem das Vorhandensein des Keratohyalins an sämtlichen Stellen beobachtet wurde, war der Entwickelungsgrad nicht überall der gleiche, an einigen Stellen zeigte es sich in Form einer Schicht in einer oder gar mehreren Lagen, an andern Stellen dagegen erschien es nur in Gestalt einzelnstehender Zellen.

Was nun die Entwickelung der Körnerschicht in ihrem Verhalten zu den beiden anliegenden Schichten anbelangt, so läfst sich auf Grund der beigegebenen Tabellen im allgemeinen schliefsen, dafs je entwickelter die Horn- und Stachelschicht sind, desto mehr Körnerzellen zwischen denselben gefunden werden. Bei genauerer Prüfung jedoch und wenn man z. B. den Vergleich anstellt zwischen dem Entwickelungsgrad des Keratohyalins beim eintägigen Neugeborenen und demjenigen bei einem Neugeborenen von 18 Tagen oder 3 Monaten, so stofsen wir auf einen gewissen Widerspruch, indem beim 18tägigen Säugling an einigen Stellen die Horn- und Stachelschicht stärker entwickelt sind, die Körnerschicht dagegen geringer als beim eintägigen Säugling.

Dieser Widerspruch läfst sich jedoch leicht erklären. Die Körnerschicht ist keine selbständige Schicht, sie bildet, wie gesagt, die Über-

Digitized by Google

gangszone, durch welche die Stachelzellen passieren, bevor sich dieselben in Hornzellen umwandeln. Sobald nun der Verhornungsprozefs rasch von statten geht, verbleiben die Stachelzellen im Zustande der Körnerzellen nicht so lange als es der Fall ist, wenn der Verhornungsprozefs langsam vor sich geht, und infolgedessen die Körnerschicht breiter erscheint.

Mit einem Worte: eine dünne Körnerschicht bedeutet rasche Verhornung, eine breite langsame Verhornung, wie UNNA das bereits bei wiederholten Gelegenheiten hervorgehoben hat. Verdünnt sich daher die Körnerschicht, während Stachel- und Hornschicht zur selben Zeit sich verdicken oder gleich bleiben, so bedeutet das nur einen rascheren Verhornungsprozefs. Wenn keine Gründe für eine gleichzeitig dabei stattfindende raschere Abschuppung der Hornschicht vorliegen, so liegt es am nächsten, den gleichzeitigen Zuwachs der Hornschicht in Verbindung zu bringen mit der Verdünnung der Körnerschicht. Da aber auch die Hornschicht bekanntlich keiner selbständigen Vermehrung unter normalen Umständen fähig ist, bedeutet ihre Verdickung bei gleichbleibender Körnerschicht eine über die Abschuppung überwiegende Verhornung. Ein geringer Zuwachs von einigen Zellenreihen würde noch allein auf raschere Verhornung zu beziehen sein. Die Tabellen lehren aber, dafs in den ersten Wochen nach der Geburt stellenweise die Hornschicht um mehr als das doppelte zunimmt. Diese sehr bedeutende Dickenzunahme kann nun nicht blofs auf raschere Vorhornung, sondern nur auf eine relativ geringe Abschuppung bezogen werden.

Nach dem Gesagten haben wir die Differenz, welche kurz nach der Geburt zwischen gewissen Hautregionen eintritt, nämlich die Verdünnung der Körnerschicht an Lippe, behaartem Kopf, Kinn, Hals, Bauch, Brust, Rücken, Oberarm, Unterarm, auf der andern Seite die Konstanz oder sogar Verdickung des Stratum granulosum an Fufssohle, Unterschenkel, Oberschenkel, Hinterbacken, Flachhand, Finger lediglich darauf zurückzuführen, dafs an den erstgenannten Hautstellen bald nach der Geburt eine raschere Verhornung eintritt.

Die gröfsere Dicke der Hornschicht an denselben Stellen zeigt aber an, dafs die raschere Verhornung auch zu einer festen zusammenhaltenden Hornschicht führt. Es besteht mithin eine wahre Hyperkeratose, wenn man will, eine leichte ausgedehnte Schwielenbildung an diesen Stellen.

Die Tabellen lehren ferner, dafs diese Hyperkeratose nur eine vorübergehende ist. Bereits im dritten Monat hat sich an den zuerst genannten Hautregionen das Verhältnis von Körnerschicht und Hornschicht wieder umgekehrt, so dafs eine gröfsere Analogie mit den gleich nach der Geburt vorhandenen Verhältnissen obwaltet.

Digitized by Google

Besonders prägnant zeigt sich diese vorübergehende Hyperkeratose an der Lippe. Während die Körnerschicht nach der Geburt = III und 3 Monate nach der Geburt = IV zu setzen ist, trägt sie 18 Tage nach der Geburt den Index I. Zur selben Zeit (18 Tage nach der Geburt) hat aber die Hornschicht mehr als das Doppelte an Breite zugenommen gegen den ersten Tag nach der Geburt. Es ist also 2—3 Wochen nach der Geburt die Lippenhornschicht schwielenartig verdickt (14 μ), um nach 3 Monaten fast wieder (7 μ) auf die Dicke der Hornschicht bei der Geburt (6,5 μ) zurückgekommen. Wenn letzteres nur durch eine lamellöse Abschuppung der Lippe inzwischen erklärt werden kann, so wird man geneigt sein, die Hyperkeratose selbst an dieser Stelle mit dem nach der Geburt beginnenden Sauggeschäfte in Beziehung zu bringen. Für die obengenannten andern Hautregionen mögen andre, ähnliche mechanische Momente (Kontakt der äufseren Luft, Temperaturwechsel, Baden) in Betracht kommen.

Ein vollständiges Fehlen des Keratohyalins ist nach der Geburt an keiner Stelle der Haut (mit Ausnahme des Lippenrots und Nagelbettes) nachgewiesen.

Zum Schlusse kann ich nicht umhin, Herrn Dr. Unna für seine bekannte Zuvorkommenheit und stets bereitwillige Unterstützung meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Seltene Anomalie des Hodens.

Von

Dr. Leven
in Elberfeld.

Bei einem sonst gesunden und kräftigen Manne mit normalen Geschlechtsfunktionen fand ich in der linken Skrotalhälfte etwas oberhalb des Nebenhodenkopfes einen an Gröfse dem normalen, auch an der gewöhnlichen Stelle befindlichen Hoden gleichen Tumor vor. Derselbe bietet dem Gefühl die Konsistenz des Hodens dar, ist glatt (nicht gelappt), erregt auch bei Druck die bekannte unangenehme Sensation, welche bei Betastung der Testes auftritt. Die Geschwulst besteht, so lange sich Patient erinnert, in unveränderter Gröfse, hat zu Beschwerden nie Anlafs gegeben, so wenig, dafs sie überhaupt erst durch die Frau

Digitized by Google

entdeckt worden ist. Der Samenstrang beiderseits vollständig normal, kein Bruch.

Entgegen KOCHER, welcher das Vorkommen solcher überzähliger Bildungen gänzlich leugnet, neige ich mich angesichts dieses Falles der von v. PITHA vertretenen Ansicht zu, dafs es sich in der That um einen dritten Hoden handelt. Nicht indefs so, als ob a priori auf der einen Seite zwei vollständige Hoden gebildet worden wären — dies würde embryologisch ja auch das Vorhandensein zweier WOLFFschen Körper in der einen Bauchhälfte voraussetzen, sondern in der Art, dafs nach Analogie andrer Organe (Milz, Struma lipomatodes aberratae renis) sich aus einem abgesprengten Gewebsstückchen unfern dem Mutterorgan eine in ihrer Struktur gleichwertige Bildung entwickelt. Eine Varicocele, welche nach KOCHER einen dritten Hoden vortäuschen soll, liefs sich hier durch die Palpation und die Gestalt des fraglichen Gebildes mit Bestimmtheit ausschliefsen, gegen ein Lipom spricht die glatte, gleichmäfsige Beschaffenheit der Oberfläche. Schliefslich möchte ich noch zu gunsten meiner Ansicht anführen, dafs ja entwickelungsgeschichtliche Anomalien gerade bei den Geschlechtsorganen sehr häufig vorkommen, dafs eben infolge des späteren Auftretens derselben in unserer bestimmten Form innerhalb der Tierreihe eine so grofse Konstanz der Bildung wie bei andern Organen noch nicht erreicht ist.

Besprechungen.

LETZERICH, **Untersuchungen und Beobachtungen über die Ätiologie und die Kenntnis der Purpura haemorrhagica (Morbus maculosus Werlhofi).** Leipzig, F. C. W. VOGEL. 1889. Mit einer chromolith. Tafel.

LETZERICH gibt uns in dieser kurzen, aber inhaltreichen Abhandlung einen sehr wertvollen Beitrag zur Kenntnis der WERLHOFschen Krankheit. Nach genauer Untersuchung eines Falles erkrankte der Autor selbst an der Blutfleckenkrankheit und konnte in beiden Fällen, fragmentarisch sogar in einem dritten Falle als Ursache der Krankheit einen besonderen Bacillus purpurae haemorrhagicae LETZERICH ausfindig machen, der durch sein Auswachsen zu langen Scheinfäden, die später in Bacillen mit scharfen Ecken und Kanten zerfallen, und sein Wachstum in der Blutbahn Ähnlichkeit mit dem Milzbrandbacillus aufweist. Kulturen aus dem Blut der Petechien gelangen leicht, schon auf Gelatine in Gestalt weifser Flöckchen und schon bei Zimmertemperatur, doch besser bei Körpertemperatur, wo alsdann nach 4—5 Tagen Sporenreihen in ihnen sich ausbilden. Die Sporen sind neben den Bacillen und Fäden in allen hämorrhagischen Herden vorhanden. Kaninchen wurden jedesmal mit Erfolg von den Reinkulturen geimpft. Sie blieben munter, zeigten aber an den Ohren, zwischen den Rippen u. s. w. spontane Blutungen und eine Neigung zu Blutungen auf leichte Traumata. Aus den Blutungen derselben liefs sich derselbe Bacillus leicht wieder züchten. Histologisch zeigte sich am Orte der Blutung regelmäfsig ein hyaliner Thrombus der Kapillaren, besonders an deren

Digitized by Google

Teilungsstelle, durchsetzt mit Bacillen und Sporenhaufen, im Zentrum und um diesen oft schon makroskopisch wahrnehmbaren Fleck ein Austritt von roten und weifsen Blutkörperchen, für welchen Letzerich — wohl ohne zwingenden Grund — Kapillarrisse verantwortlich macht. Nach Letzerichs Untersuchung ist die Purpura hämorrhagica eine benign verlaufende, chronische Infektionskrankheit und ihre Ursache ein Bacillus, welcher hauptsächlich in der Kapillare der Leber (daher die Leberschwellung) wuchert, von Zeit zu Zeit aber (ähnlich der Syphilis) Embolisationen des Körpers verursacht, welche besonders im Hypoderm und auf den Schleimhäuten zu Blutungen Anlafs geben. Übrigens ist nicht zu verkennen, dafs die zwei Hauptfälle, auf welche Letzerich sich stützt, ungewöhnlich schwere und protrahierte waren. Die sonstigen Symptome sprechen aber dafür, dafs sie trotzdem in den Rahmen des eigentlichen, Werlhofschen, über 2—3 Wochen sich erstreckenden Krankheitstypus hineingehören und dafs es Letzerich also wirklich geglückt ist, den wahren Erreger dieser seit 1½ Jahrhunderten bekannten Infektionskrankheit zu finden. *Unna.*

Prof. R. Bergh hat für das Vestre-Hospital in Kopenhagen den Bericht für das Jahr 1888 ausgegeben. Das Hospital hat für öffentliche Dirnen eine I. Abteilung mit 80 Betten und für die geheimen Prostituierten eine II. Abteilung mit 132 Betten.

Kopenhagen, mit 307 000 Einwohnern, hat 419 Scorta, die einer Visitation (zweimal wöchentlich) unterworfen sind. Von 221 privat wohnenden wurden 554 Aufnahmen ins Hospital veranlafst, von 151 in Bordellen kasernierten sogar 1083

Leichtere, pseudovenerische Affektionen traten mit gröfserer Häufigkeit in der I. Abteilung auf; so Exkoriationen, Rupturen und Fissuren. Herpes progenitalis wurde 78mal observiert und schien in 62 Fällen mit der Menstruation in Beziehung zu stehen.

Kleine, erodierte, papulöse Bildungen, die als pseudovenerische, post- oder parasyphilitische Affektionen zu deuten sind, wurden 55mal bei Scorta observiert. Sie sind als durch lokale Irritation hervorgerufene, irritative und abortive Follikulitiden aufzufassen, welche bei einer durch Lues veränderten Konstitution diese Härte entwickeln. Sie schwanden durchnittlich nach 8 Tagen. Auf der II. Abteilung wurden solche 35mal beobachtet.

Von venerischen Affektionen waren Vulvitis und Vaginitis nicht besonders häufig und beinahe immer das Resultat von mechanischen Insulten. Von 21 Fällen von Bartholinitis, wo auf Gonokokken examiniert wurde, waren solche 18mal vorhanden, in 15 Fällen mit stark alkalisch purulentem Sekret, ebenso in einem Falle mit schwach alkalischer und in einem mit neutraler Reaktion. Von den katarrhalischen Affektionen war die Urethritis wie gewöhnlich die häufigste, 589mal auf der I. und 687mal auf der II. Abteilung. Bei 7 Individuen zeigten sich rheumatische Symptome, einmal Conjunctivitis; diese rheumatische Form der Conjunctivitis scheint bei Weibern verhältnismäfsig selten zu sein. In 4 Fällen mit alkalisch purulentem Sekret wurden Gonokokken nachgewiesen, in zwei mit saurem, purulentem Sekret nur andre Bakterien. — Spitze Kondylome wurden selten bei Scortis, häufiger bei der geheimen Prostitution beobachtet; ein Konnex mit Tendenz zur Warzenbildung der Hände wurde nie konstatiert.

Von Ulcera venerea wurden in der I. Abteilung nur 2, in der II. 10 Fälle gesehen; zweimal waren sie aus Follikulitiden, und die übrigen gewifs meistens aus Rupturen entwickelt.

Digitized by Google

Bubonen wurden 30mal beobachtet, 7 nach Ulcus venereum, die andern nach verschiedenen Prozessen, wie Exkoriationen, Fissuren etc.

Syphilis wurde 150mal behandelt, 68 beim ersten Ausbruch, 82 als Recidive. Von den primären Fällen waren 10 bei Scortis, und hier wurde 8mal Initialinduration beobachtet. Von den auf der II. Abteilung beobachteten Fällen (58) wurde ausgeprägte Sklerose 28mal gesehen. Induratives Ödem der Labia maj. trat dreimal auf, nie aber wurden deutlich geschwollene Lymphstränge gefühlt. Als Behandlung wurde in der Regel eine Schmierkur durchgeführt; eine Kranke bekam 4 Kalomelinjektionen; hier entstand erst Stomatitis, später Diarrhöe, zuletzt ein Abscefs. Verf. meint, man werde bald wieder von den perkutanen Injektionen unlöslicher Merkurialverbindungen abkommen.

Wie gewöhnlich hat es sich gezeigt, dafs die erste luetische Hauteruption generell ist; bei den Recidiven treten die Hauteruptionen meistens lokalisiert auf, sind regionär und oft gruppiert oder gyriert. Besonders mit den frühzeitigen Recidiven zeigt sich nicht selten eine nicht sehr stark gefärbte annuläre Roseola, welche gröfsere oder kleinere Kreise besonders an den Hinterbacken und Vorderarmen bildet; Verf. sah 11 solche Fälle.

Bei 17 (11 %) von 150 Kranken wurden in dem Prodromalstadium und oft ein wenig in das Eruptionsstadium hinein eine deutliche, doch nie bedeutende Temperatursteigerung gefunden.

Von den Scorta wurden 9 Kinder geboren (ca. 2 %), eine verhältnismäfsig kleine Zahl, da die Prozentziffer bis auf 10 % vor einigen Jahren gestiegen war.

Übrigens haben die Scorta verschiedene chirurgische und medizinische Krankheiten (in andern Krankenhäusern) durchgemacht. Was hier besonders in die Augen springt, ist die Häufigkeit der Affektionen des Uterus und seiner Adnexe. Nicht weniger auffallend ist das (Tonsillitiden abgerechnet) recht seltene Auftreten von febrilen katarrhalischen Affektionen und von Lungenentzündungen. Trotz der grofsen Häufigkeit der Uterinaffektionen ist Hysterie selten bei den öffentlichen Frauenzimmern, wie auch auf der II. Abteilung hysterische Symptome auffallend selten gesehen werden gegenüber der Häufigkeit und Stärke solcher Leiden in entsprechenden Krankenabteilungen andrer Länder, besonders Frankreichs (Paris). Individuen, welche in der II. Abteilung des Vestre-Hospital Symptome von Hysterie gezeigt haben, vergessen und legen diese ihre frühere Neigung ab, nachdem sie als öffentliche Frauenzimmer eingeschrieben sind. *E. Pontoppidan-Kopenhagen.*

Die Symptomatologie, sowie die **Hautaffektionen des Heufiebers** (fièvre dengue) behandelt Prof. DE BRUN, Arzt am französischen Hospital zu Beyruth (*Sem. méd.* 1889. No. 10). Fast die Hälfte der Beyruther Bevölkerung erkrankte daran innerhalb 3 Monaten. Gastrische Beschwerden beherrschen das Bild; dazu grofse Abgeschlagenheit, rasche Ermüdbarkeit, die Glieder sind einem wie zerbrochen, dazu sehr oft unerträgliche Schmerzen im Kopf, der Lumbalgegend und besonders charakteristisch in den Knieen oder vielmehr „dans la zone des genoux". Die Araber Syriens nennen daher das Heufieber Abu-Rékabe, der Vater der Kniee.

Sehr charakteristisch sind die Hauteruptionen. Nicht stets sind sie verschieden geformt, zu verschiedener Zeit und nicht gleich intensiv. Viele Kranke haben selbst zwei Eruptionen: eine prämoritorische, die andre im Laufe oder am Ende der Krankheit. Erstere ist flüchtig, 24—36 Stunden, selten 3 Tage lang. Lieblingssitz ist das Gesicht, das bei etwas intensivem Auftritt eigentümlich aussieht. Bei dem

Digitized by Google

einen ein Erythema diffusum der unteren Stirn, der Wangen und um die Augen herum. Etwas Schnupfen, manchmal Nasenbluten, Trockenheit im Halse, manchmal Schlingbeschwerden. Die Conjunctivae palpebr. sind intensiv rot, manchmal auch der Pharynx. Bei andern ist weniger Fluxion, weniger Farbe, das Ödem dominiert, das Gesicht gedunsen, die Backen wärmer, die Haut leicht „grenu". Dabei kein Albumen im Harn.

Öfter, heftiger und hartnäckiger ist die sekundäre Eruption. Besonders an der Hand (dorsum et palma) und am Vorderarm; sehr oft der ganze Arm, Hals, Stamm. Seltener die Beine; aber B. hat doch mehrere Patienten am ganzen Körper affiziert gesehen. Es sind kleine rosa Flecke, distinkt, mit unregelmäfsigen Rändern, durch gesunde Haut voneinander getrennt, ganz im Charakter der Roseolen. Bald ähnelt es Morbillen, bald der Scarlatina mit grofsen, roten Flächen. In schwereren Fällen sieht man sehr kleine Knötchen aneinandergedrängt, hart, akuminat, ein sehr feines gerade tastbares Korn (grenu) bildend, das unter der Lupe sich als an der Oberfläche bedeckt von Knötchen erweist; seine Farbe ist lebhaft rot.

Diese sekundäre Eruption ist von verschiedener Dauer. Sie kann in weniger als 36 Stunden verschwinden. Im allgemeinen bleibt sie 3—4 Tage; manchmal länger als 1 Woche. Am häufigsten beobachtet man Desquamation, in den leichten Formen, Furfuration, in schwereren Formen als kleinere lamellöse Schuppen, die eine runde Form haben und die Knötchen, die ihnen vorangegangen sind, bedecken. Jede dieser Schuppen hat einen Durchmesser von 2—5 mm, und ist sie abgefallen, so folgt ihr eine andre und so fort während einer variabeln Zeit (1—3 Wochen lang). Diese Desquamation kann auf die vorherige Existenz einer Eruption schliefsen lassen, die unbeobachtet vorübergegangen ist.

Das Jucken ist so stark, wie bei keinem andern eruptiven Fieber. In der fluxionären Periode im ganzen mäfsig, wird es sehr heftig im Stadium desquamationis. Der Kranke wird dadurch schlaflos. Manche konsultieren jetzt erst den Arzt. Manche haben das Jucken blofs in der Flachhand. Es hält 2—3 Tage an, manchmal blofs 24 Stunden. Stets also kürzer als das Stadium desquamationis. Die Hautaffektionen gestatten also, das Heufieber zu den fieberhaften Exanthemen zu rechnen; es genügt mit den oben beschriebenen Schmerzen die Krankheit zu charakterisieren. Die andern Symptome haben nicht dieselbe Wichtigkeit. Das Fieber ist fast konstant, und nur in 2 Fällen B.s fehlte es. Vernoni in Egypten hat das Fehlen auch beobachtet. Rasches Ansteigen, in wenigen Stunden bis zum Maximum sah B. stets sehr selten bis 41°, ziemlich oft 40°, am häufigsten hielt sich die Temperatur zwischen 38,0 und 39,5. Die Morgenremission ist ziemlich ausgesprochen, aber in noch mehr Fällen kaum zu bemerken. Mit Malaria ist diese Krankheit nicht zu identifizieren. Beide sieht man zuweilen gemeinsam bei einem Pat., wo Chinin die intermittierenden Fieberanfälle koupiert, während die Continua des Heufiebers dadurch nicht modifiziert wird. Puls 100—130 in der Konvaleszenz manchmal Pulsverlangsamung. — Selten Delirien nicht schwerer Art. Erregung, event. Schlaflosigkeit 1—2 Nächte lang zuweilen. Der Urin hat den febrilen Charakter. Zuweilen transitorische Albuminurie. — Die Dauer schwankt zwischen 3—8 Tagen, manchmal mehr. Lange Konvaleszenz; Schwächezustände, Muskelschwäche, moralische Depression, Arbeitsunfähigkeit, Appetitmangel. Die Prognose ist gut. B. empfiehlt im Beginn ein Vomitiv oder „éméto-cathartique". Oft mindern sich darauf Kopfschmerz, Schwindel, Appetitmangel beträchtlich. Ist dies nicht der Fall, so gibt B. ein zweites Vomitiv nach 2—3 Tagen. Natr. salicyl., noch mehr Antipyrin mindert Fieber und Schmerzen. Gegen Insomerie ist Chloral besser als Opium und Morphium. Chin. sulf. hat sich ihm nicht bewährt. Auch gibt B. Grog, warme und kalte Bouillon nach Wunsch. *Pauly-Nervi-Wiesbaden.*

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Litteratur.

Allgemeine Pathologie.

Scharlachähnliche Hautausschläge, von Joseph Grindon M. D. (*Journ. Am. Med. Ass.* 1889. 27. April.) Als solche werden besprochen: Die frühzeitige Roseola syphilitica und die Scarlatina chirurgica, welche Verf. wie andre als septikämisch ansieht. Analog dieser letzteren kommt im Puerperium neben echter Scarlatina auch ein sicherlich septikämischer, scharlachähnlicher Ausschlag vor. Ferner ist das Erythem, welches im Anfang der Variola accessorisch während kurzer Zeit hervortritt, erwähnt. Diphtherie kann sowohl mit echter Scarlatina kompliziert sein als auch selbständig einen scharlachähnlichen Ausschlag bewirken. Derselbe ist namentlich von Brocq (Paris) genauer studiert. Die Symptome werden mit Details geschildert.

Ferner ist zu nennen das nur 1—2 Tage dauernde Erythema scarlatiniforme (Hardy), auch Roseola scarlatiniforme (Bazin) und Erythema punctatum (M'Call Anderson) genannt; dasselbe scheint auf gastrischen Störungen zu beruhen. Schliefslich kann die Pityriasis rubra (Dermatitis exfoliativa) im Anfangsstadium Scharlach vortäuschen. Von Arzneimitteln, welche derartige Ausschläge bewirken können, sind zu nennen Atropin, Chloral, Quecksilber (Kalomel), Opium, Morphium, Chinin, Terpentin, auch Digitalis, Stramonium, Strychnin und Salicylsäure. *Philippi-Felsberg.*

Therapie.

Lokale Anwendung des Acetanilid. A. H. Neroth (*New York Med. Journ.* 1889. Mai 4) hat bei Psoriasis das Acetanilid im Verein mit Quecksilberpräparaten mit ganz ausgezeichnetem Erfolge angewandt. Auch bei entzündlichen Geschwüren, Erysipel, Urticaria, Herpes und einigen andern Hautaffektionen mit Reizzuständen hat das Mittel die beste Wirkung gehabt. Es wird meistens mit Lanolin oder Vaselin in der Stärke von 1,2 auf 28,0 angewandt. *Philippi-Felsberg.*

Über die Anwendung der Ichthyolpräparate in der Dermatotherapie, von Dr. Karl Kopp. (*Münchener med. Wochenschr.* No. 35 u. 36.) K. findet die Wirksamkeit des Ichthyols in seiner Beeinflussung des Stoffwechsels und der allgemeinen Ernährung bei innerlicher Darreichung, in seiner antimykotischen Kraft, in seiner Beeinflussung der Verhornung der Reteepithelien, und in seiner gefäfskonstringierenden und entzündungswidrigen Eigenschaft bei äufserer Anwendung. Er gebraucht das Mittel ausschliefslich als Ammon. sulfoichthyol. und zwar ohne Nachteil bis 5,0 pro die innerlich in dergierten Pillen, jede zu 0,1, und äufserlich in Lösungen, Tinkturen, Salben, deren Stärke sich je nach der Reizbarkeit der Haut richten mufs.

Kopp erzielte:

1. bei Akne rosacea mit Aknepusteln und mäfsiger Gewebshyperplasie bei äufserlicher und innerlicher Behandlung nach 7 Monaten auffallende Besserung in 4 Fällen, bei blofs äufserer Behandlung nur vorübergehenden Erfolg, bei ausschliefslicher innerer Behandlung in 3 Fällen beträchtliche Besserung und in 2 Fällen fast völlige Beseitigung der venösen Stauungshyperämie des Gesichts;

Digitized by Google

2. bei Akne vulgaris, innerliche und äufserliche Behandlung und bei Tage Sublimatwaschungen: in 5 Fällen wesentliche Besserung, in 9 Fällen kein Erfolg;

3. Angiom, klein flach, innerlich und äufserlich behandelt; trotz mehrwöchentlicher Behandlung keine Beobachtung einer gefäfsverengernden Wirkung des Ichthyols;

4. bei Erysipelas des Gesichts in 9 Fällen Anwendung einer 30—50 %igen Lanolinsalbe, aufgestrichen auf Lint, in 2 bis 5 Tagen vollständiger Erfolg.

5. In gleicher Weise äufsert sich K. lobend über die Wirkung des Ichthyols bei Verbrennungen und Erfrierungen ersten und zweiten Grades 20—30 %iger Lanolinsalbe.

6. Unter 23 Fällen akuter Ekzeme blofs 6mal auffallend rasche Besserung, in 17 Fällen sogar Verschlimmerung; bei 40 Fällen chron. Ekzeme niemals Heilung und in nahezu der Hälfte dieser Zahl sogar Verschlimmerung. Dagegen leistete das Ichthyol innerlich sehr gute Dienste, wo mit den Ekzemen Ernährungsstörungen verbunden waren.

7. Auf Prurigo mitis wirkten täglich öftere Waschungen mit 10 %iger Lösung günstig aber nicht von Dauer, und auf Prurigo ferox noch weniger befriedigend.

8. Bei Pruritus, innerlich die Ichthyolpillen und äufserlich 30—40 % Salben, und zwar der nervösen, idiopathischen und der senilen Form sah K. in wenigen Fällen eine entschiedene Herabminderung des Juckens, in 4 Fällen war das Resultat ganz unbefriedigend. In 2 Fällen von Pruritus ex ictero war der Erfolg nur scheinbar und hielt gleichen Schritt mit dem Rückgang der ikterischen Hautfärbung.

9. Bei Seborrhoea sicca capitis behandelt innerlich und mit Waschungen und 10—15 % Salben unbefriedigendes Resultat.

Die von Unna hervorgehobene rasche und glatte Vernarbung von Wundflächen nach Ausschabung gröfserer Lupusinfiltrate, sowie das Ausfallen spitzer Papillome bei Aufpinselung reinen Ichthyols konnte K. nicht beobachten. Die Ichthyolwatte erfüllte ihren Zweck nur bei geringfügigen parenchymatösen Blutungen; dagegen habe das Ichthyolpflaster eine vorzügliche Klebkraft und absolute Reizlosigkeit. *Eckart-Nürnberg.*

Die elektrolytische Behandlung der Hypertrichosis, von Dr. H. Montague. (*The Times and Register*. Vol. XX. No. 558.) Dem Verf. steht eine 10jährige Erfahrung nach Behandlung von 1500 Fällen zu Gebote. Er gebraucht nicht mehr als 3, höchstens 5 Milliampères. Vor der Operation appliziert er eine 15 %ige Kokaïnlösung mittels der Anode eines galvanischen Stromes. Der Schmerz ist dann äufserst gering, und man kann die Nadel bei geschlossenem Strome einführen. Man arbeitet nie mit zu starkem Strome, kontrolliere die Stärke immer durch ein Milliampèremeter und hüte sich zu nahe beieinander stehende Haare in ein und derselben Sitzung zu entfernen. *Leviseur-New York.*

Zirkulationsstörungen.

Ein Vergiftungsfall mit Thioresorcin, von Dr. H. Amon in Forchheim. (*Münch. med. Wochenschr.* No. 32.) Patient hatte dieses Mittel, ein Schwefelsubstitutionsprodukt des Resorcins und als Ersatz des Jodoforms vorgeschlagen, zum Verband von Unterschenkelgeschwüren verordnet erhalten und empfand bald darauf ein lästiges Jucken am ganzen Körper; ödematöse Schwellung des linken oberen Augenlides und rötlich erhabener Ausschlag im Gesicht, nur vereinzelt auf Brust und Nacken. Als

Digitized by Google

der Verband mit Thioresorcin ausgesetzt wurde, war schon am nächsten Tag das Exanthem blasser, das Ödem der Lider und Jucken geringer, und wieder nach einigen Tagen alles verschwunden. Den vollständigen Beweis für den Intoxikationscharakter lieferte aber die Wiederkehr dieser Symptome, als später das Thioresorcin wieder gebraucht wurde. *Eckart-Nürnberg.*

Purpura neonatorum, von Dr. Dalziel. Medico-Chir. Soc. Glasgow. 29. März. 1889. (*Glasgow med. Journ.* Vol. XXXII. No. 1.) Bei der Geburt fanden sich an einem männlichen Kinde auf der Stirn, beiden Wangen, den oberen Augenlidern, an den Ohrmuscheln, der Volar- und Dorsalseite der Hände und vereinzelt auf den Extremitäten und dem Rumpfe verschiedentlich Purpuraflecke. Tod in 24 Stunden. Die Nekropsie zeigte das Vorhandensein von geronnenem Blut unter der Haut, sowie in der Gehirnoberfläche und den Lungen. Keine syphilitischen Symptome. Mutter Potatrix.

Dr. Wallace Anderson erklärt Purpura für kein Leiden sui generis, sondern bloſs für ein Symptom. Bei einem wenige Wochen alten Kinde hat er die Affektion in Genesung ausgehen sehen.

Dr. Hugh Thomson hält die Syphilis für ein sehr wichtiges ätiologisches Moment. *Philippi-Felsberg.*

Urticaria nach Gebrauch von pikrinsaurem Ammonium, von C. H. Hughes (St. Louis). (*New-York Med. Journ.* 1889. 2. Febr.) Bei einem Patienten mit hartnäckiger Malaria, der Chinin wegen der dadurch erzeugten, unerträglichen Urticaria nicht mehr nehmen wollte, wurde im Verein mit Liq. arsenical. Fowler, Tonica, Quecksilberpräparaten, Elektrizität und türkischen Bädern, da die Symptome sich nicht besserten, 0,09 g Ammon. picric. in 4stündlichen Dosen verabreicht. Nach 6—8 Dosen stellte sich wiederum unerträgliche Urticaria ein mit gleichzeitiger, ikterischer Färbung der Augen und braunroter Färbung des Urins. Ernstere Komplikationen sind nicht erwähnt, doch hielt der Nesselausschlag ziemlich lange an. *Philippi-Felsberg.*

Über einen Fall von Gonorrhöe mit Purpura rheumatica, von W. A. Phillips (Evanston). (*Journ. Amer. Med. Ass.* 1889. 4. Mai.) Bei einem Patienten mit akuter Exacerbation einer chronischen Gonorrhöe trat im Verein mit Anschwellung der Fuſs- und Handgelenke an den Ober- und Unterschenkeln ein Ausschlag auf, bestehend aus meistenteils makulösen, teilweise auch leicht erhabenen, scharf umschriebenen, unregelmäſsig konturierten, meist rundlichen, tief bläulich-roten Flecken von Stecknadelkopf- bis 5-Pfennigstückgröſse. Keine Änderung der Farbe durch Drücken; kein Juckreiz.

Vierzehn Tage später, während dieser Ausschlag allmählich eine gelbe resp. bräunliche Farbe angenommen hatte, traten plötzlich zahlreiche erbsen- bis 1-Markstück groſse Quaddeln von meist hellroter Farbe, ohne Jucken hervor, verschwanden am nächsten Tage mit Hinterlassung mehrerer frischer Maculae. Verf. schildert nur einige der Läsionen als von der Beschaffenheit von Erythema nodosum; die Quaddeln bezeichnet er als Purpura urticans. *Philippi-Felsberg.*

Über einen Fall von Purpura haemorrhagica, von Dr. E. A. Bracklow New York Acad. of Medicine, Sitzung vom 10. April 1889. (*New York med. Journ.* 1889. 13. Juli.) Vorstellung des Patienten, bei dem nach jeder Behandlung ein Recidiv alsbald nach Aussetzung derselben eintrat. Am meisten Nutzen war mit einer sauren Lösung von Chininsulfat erzielt worden. Der Fall war mit einer Nierenaffektion kompliziert.

Digitized by Google

Dr. G. R. Lockwood wünscht eine schärfere Unterscheidung zwischen essentieller und symptomatischer Purpura. Schilderung zweier Fälle von plötzlicher Blutung in die Haut und aus andern Organen mit Exitus letalis in 18—48 Stunden.

Dr. W. S. Gottheil glaubt, dafs eine scharfe Grenze nicht zu ziehen sei; man könne unterscheiden zwischen: 1. Purpura ausschliefslich der Haut, und 2. schweren Blutungen aus Schleimhäuten und den inneren Organen. Erstere sind niemals, letztere sehr häufig tödlich. Im übrigen sei Purpura wesentlich nur ein Symptom und nicht essentiell. *Philippi-Felsberg.*

Einfache Entzündungen.

Zur Behandlung der Frostbeulen sind in der *New York Med. Rec.* folgende Rezepte angegeben (*Med. News.* 13. Juli 1889):

℞	*Linim. belladonn.*	7,5
	Linim aconit.	3,5
	Acid. carbolic.	0,4
	Collod. elastic.	30,0
℞	*Ol. ricin.*	
	Collod. elastic.	
	Spirit. terebinth. aa	20,0
℞	*Spirit. camphorat.*	
	Tr. opii aa	7,0
	Acid. carbol.	0,6
	Alcohol.	15,0
	Aqua dest.	15,0

Philippi-Felsberg.

Ausgedehnte Verbrennung der Haut, Heilung, von Herbert C. Jones M. D. (*Journ. Am. Med. Ass.* 1889. Febr. 23.) Eine im achten Monat gravide Frau erhielt durch Kleiderbrand ausgedehnte Brandwunden am Abdomen, Nates, Oberschenkeln, einem Unterschenkel, Hand und Armen. Es war mindestens die Hälfte der Körperoberfläche ergriffen. Frühgeburt.

Verband mit Leinöl und Kalkwasser. Innerlich Tr. opii mit Syrup. chlorali gegen Schlaflosigkeit und Schmerzen; daneben regelmäfsig einige Wochen hindurch kleine Dosen Chinin. Nach drei Monaten entlassen; nur noch eine kleine Wunde auf dem Abdomen. *Philippi-Felsberg.*

Über den Wert von oft wiederholten Dosen Arsenik bei bullösen Hautkrankheiten, namentlich bei Kindern[1], von Duncan Bulkley. (*New York Med. Journal.* 1889. April 13.) Arsenik wurde in fast allen Hautkrankheiten ziemlich kritiklos gegeben. Daher die nicht seltenen Fehlschläge mit diesem Mittel. Auffallend günstige Resultate erhält man aber bei allen mit Blasenbildung einhergehenden Hautaffektionen sowohl bei Erwachsenen als auch womöglich noch mehr bei Kindern; bei diesen ist das erste Anzeichen einer toxischen Wirkung das Laxieren. Man gebe das Mittel alle 2 Stunden gleich nach den Mahlzeiten oder, wo dies nicht zusammentrifft, in viel Wasser, namentlich auch Vichy-Wasser. Neun Krankengeschichten werden im Detail mitgeteilt. *Philippi-Felsberg.*

---

[1] Vorgetragen in der Sektion für Dermatologie der Americ. med. Assoc. 1888. Mai 10.

Digitized by Google

Spezifische Entzündungen.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Destout in Lyon hat sich, um den **parasitären Ursprung der Psoriasis** festzustellen, am 9. Mai dieses Jahres Psoriasis einimpfen lassen. (Die ausführliche Krankengeschichte des 25jährigen Mediziners, der keine hereditären Antecedentien und speziell keine früheren Hautaffektionen aufser einem Herpes genitalis darbot, findet sich in der Nummer 23 der *Province médicale* vom 8. Juni 1889.) Der Charakter der Psoriasis zeigte sich völlig klar am 25. Mai, also nach 16 Tagen. Am 29. Mai stellte sich D. der Société des sciences médicales vor, die die Diagnose bestätigte. Interessant ist, dafs D. sich am rechten Oberarm einimpfen liefs und am linken Ellbogen eher und zahlreicher als am rechten die Psoriasisplaques entstanden, was er damit erklärt, dafs er sich der linken Hand mehr als der rechten bedient („étant gaucher").

D. hält diese Beobachtung für die stichhaltige und besonders bemerkenswert durch das Erscheinen der Psoriasis fern von der Impfstelle, was die Theorie von Wolf und Ecklund zu bestätigen scheint. Augagneur und. D. behalten sich eine gröfsere Arbeit hierüber vor. *Pauli-Nervi-Wiesbaden.*

Gegen Scabies wendet Dr. H. Emery in Paris die folgende Mischung an (*Rev. gen. de Clin. et de Thér.* 1889. Mai 16. *Med. News.* 1889. Juli 6.)

℞	*Petroleum*	50,0
	Cerae alb.	40,0
	Alcohol.	50,0
	Saponis	100,0

Philippi-Felsberg.

Zur therapeutischen Verwendung des Hydracetin bei Psoriasis, von Dr. Oestreicher. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 32.) O. berichtet über einen Fall von schwerer Intoxikation nach Anwendung einer 20 %igen Hydracetinsalbe und warnt vor dem Gebrauch, bis eine maximale Grenze in der Dosierung gefunden ist, welche den Gebrauch ohne Gefahr für den Organismus gestattet. *L. Hoffmann-Berlin.*

Prophylaxis des Herpes tonsurans der Kopfhaut. Vorgetragen bei der 40. Jahresversammlung der Americ. Med. Ass., Juni 25 1889, von Frederick J. Leviseur M. D. (*New York Med. Journ.* 1889. 13. Juli.) Zur Verhütung der weiteren Verbreitung des Herpes tonsurans ist notwendig 1. eine frühzeitige Diagnose; 2. eine auch die Prophylaxe berücksichtigende Therapie; 3. Vermeidung der zu frühzeitigen Entlassung aus der Behandlung.

ad 1. werden die pathognomonischen Veränderungen der Haut in den Anfangsstadien geschildert und namentlich auf den Wert der mikroskopischen Untersuchung hingewiesen. Die Konidien sind viel häufiger nachweisbar als die Mycelfäden.

ad 2. Bei der Behandlung empfiehlt es sich, die nicht ergriffene Kopfhaut mit Tr. benzoic. oder einer Lösung von Sublimat in Tr. benzoic. (1 : 3000) einzupinseln, um ein Weiterschreiten zu verhüten.

Natürlich ist Sorge zur Verhütung einer Übertragung auf andre Personen nötig. In eigentlich therapeutischem Sinne ist die Epilation das wichtigste Hilfsmittel.

ad 3. Die entlassenen Patienten müssen 2 bis 3 Monate nachher noch unter steter Kontrolle bleiben.

Schliefslich empfiehlt Redner spezielle Polikliniken ausschliefslich für die Behandlung dieser Affektion einzurichten. *Philippi-Felsberg.*

Digitized by Google

Psoriasis und ihre Behandlung, von Dr. L. D. Bulkley. (*The Medical Analectic.* New York. Vol. VI. No. 27.) Psoriasis bildete 43 % all der zahlreichen vom Verf. beobachteten Fälle von Hautkrankheiten. Sehr selten wurde Psoriasis plantaris und palmaris gesehen, keinmal Psoriasis linguae. Plötzlicher Wechsel der Temperatur scheint einen Anfall von Psoriasis hervorrufen zu können. Zwischen 10 und 15 Jahren waren doppelt soviel weibliche als männliche Patienten, während zwischen 15 und 25 Jahren das Verhältnis ein umgekehrtes war. 40 % aller Patienten waren vor dem zweiten Lebens-Jahrzehnte erkrankt. Der jüngste Patient war etwas über 1 Jahr alt. Je länger die Krankheit gedauert hat, um so schwerer ist eine erfolgreiche Behandlung. Am leichtesten genesen Kinder. Fleischnahrung, sowie der Genuſs von Stimulantien wirken ungünstig. Man schütze die Patienten vor Erkältungen, lasse sie wollene Unterkleider tragen u. s. w. Arsenik, alkalische oder schwefelhaltige Wasser innerlich und weiſse Präcipitatsalbe äuſserlich haben sich dem Verf. als besonders empfehlenswert gezeigt. *Leviseur-New York.*

Zur Behandlung der Akne, von Dr. G. H. Fox. (*Med. and Surgical Reporter.* 1889. Mai 11.) Der Übersichtlichkeit halber teilt der Verf. Akne in zwei Formen ein 1. Akne mit Reizerscheinungen, 2. indolente Akne. Die erstere Art ist häufig durch Störung der Verdauung oder der Geschlechtsfunktionen hervorgerufen. Diätetische Vorschriften sowie innerliche Mittel sind hier am Platze. Bei der indolenten Form findet man eine rauhe, sich teigig anfühlende Haut. Komedonen und Eiteransammlungen müssen hier besonders sorgfältig beseitigt werden. Ergotin innerlich wirkt hier ganz günstig. *Leviseur-New York.*

Zur Behandlung der Psoriasis, insbesondere mit Hydroxylaminum muriaticum, von Fabry. (*Archiv für Dermatologie u. Syphilis.* 1889.) Versucht wurden 1 %ige bis 1 %oige neutrale Lösungen von Hydroxylaminum muriaticum. Starke Lösungen reizen, sind deshalb weniger empfehlenswert. Am besten wurden 0,2—0,5 %ige spirituöse Lösungen als Aufpinselungen, oder 1 %oige wässerige Lösungen als Priesnitzs Umschlag vertragen und ergaben auch prompte Resultate. Plötzlich auftretende Albuminurie erfordert sofortiges Aussetzen dieses toxischen Medikamentes.

An Wirksamkeit steht es dem Pyrogallol und Chrysarobin absolut nicht nach, hat vor diesen aber noch den Vorzug der Billigkeit und die gute Eigenschaft, die Wäsche ungefärbt zu lassen, voraus. Am wenigsten wirksam ist Anthrarobin, das auſserdem Haut und Wäsche rot färbt. Bezüglich des Wertes groſser Dosen von Jodkalium bei Psoriasis kommt V. zu der Ansicht, daſs es möglich sei, eine Psoriasis damit zu heilen, doch führe die topische Behandlung ungemein schneller zum Ziele.

P. Taenzer-Leipzig.

Über den Favuspilz, von Elsenberg. (*Archiv für Dermatologie u. Syphilis.* 1889.) Das Resumé dieser sehr ausführlichen Abhandlung ist folgendes:

Aus den Schuppen von 27 Favusfällen gelang es E. zwei Pilze, die einander sehr ähnlich sind, zu kultivieren, die „Varietätchen" I und II, wahrscheinlich der β- und γ-Pilz von Quincke. Den α-Pilz desselben Autors zu züchten ist E. niemals gelungen. (Auch scheint E. die neueste Arbeit Quinckes: „Über Doppelinfektion mit Favus herpeticus und Favus vulgaris"[1], nicht zu kennen, sonst würde sie wohl berücksichtigt worden sein.) Die Impfversuche fielen negativ aus, doch verspricht E. eine zweite Versuchsreihe mit besseren Resultaten.

Seite 182 wird auf eine Abbildung verwiesen, die jedoch nirgends zu entdecken ist. *P. Taenzer-Leipzig.*

---

[1] *Monatshefte f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. pag. 49.

Digitized by Google

b. *Cutiserkrankungen.*

Behandlung des Erysipels, von Dr. Calvelli. (*Revue gén. de Clin. et de Thérap.* 1889. 28. März. *Med. News.* 1889. 11. Mai.) Die erkrankte Haut wird 5 bis 6 mal täglich mit einer Lösung von Pikrinsäure (1,5) in Wasser (250,0) gepinselt, und daneben subkutane Injektionen von Chinin gegeben. Auf diese Weise erzielt Dr. Calvelli Abnahme der Schwellung und der Schmerzen in 12—24 Stunden. Die Lösung kann auch bei Ekzema rubr., Lymphangitis und Erythema verwendet werden.

Philippi-Felsberg.

Erysipelbehandlung, von Dr. J. C. White. (*Med. News.* 1889. 13. Juli.) Es wird empfohlen, bei gewöhnlichem Gesichtserysipel abwechselnd stundenweise mit einer schwachen Karbollösung (Wasser und Alkohol ää) die Haut zu benetzen und die Flüssigkeit verdunsten zu lassen.

Dr. White hat mit dieser Behandlung ohne weitere Adjuvantien seit vielen Jahren unfehlbare Resultate gehabt. *Philippi-Felsberg.*

Zur Therapie des Erysipels, speziell dessen mechanische Behandlung, von Dr. H. Kroell. (*Therap. Monatsh.* No. 8.) Die heutigen Anschauungen vom Erysipel ergeben, dafs wir es dabei mit einem Mikroorganismus zu thun haben, der 1. nur in der Cutis seinen Nährboden sucht, der sich 2. zwar nach allen Richtungen weiter verbreiten kann, dessen Umsichgreifen aber durch Knotenpunkte sich kreuzweise treffender Cutisfasern ein gewisses Hindernis entgegengesetzt wird, und der 3. durch seinen eigenen Lebensprozefs und den veränderten der betroffenen Haut sekundäre Allgemeinerscheinungen hervorzurufen imstande ist. Auf Grund dieser Ansichten glaubt Verf. auf ein Verfahren aufmerksam machen zu müssen, das ihm in allen Fällen, die er in letzter Zeit zu behandeln Gelegenheit hatte, in auffallender Weise das Weiterschreiten des Prozesses verhütet hat. Er umspannt nämlich neben dem hochgeschwollenen Rande die gesunde Haut — an den Extremitäten mit einem 6—8 mm dicken Kautschuckschlauche — am Kopfe mit einem 3 cm breiten und je nach dem Kopfumfang verschieden langen glatten Kautschukring. Diese mechanische Behandlung soll aber keineswegs der auf direkte Zerstörung des Krankheitsgiftes hinzielenden Behandlung Abbruch thun, sondern sie soll nur das Weiterschreiten verhüten. *L. Hoffmann-Berlin.*

Über Trichofolliculitis bacterica, von Dr. P. Michelson. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 29.) Verf. beschreibt eine Beobachtung, durch welche erhärtet wird, dafs diffuse progressive Alopecie zuweilen mit Ansammlung grofser Massen von Bakterien in den Haartaschen einhergeht. Dieselbe betrifft eine junge, kräftige Dame von 27 Jahren, welche seit etwa 4 Jahren eine starke Vermehrung des Haarausfalls, verbunden mit Schinnenbildung und leichtem Jucken der Kopfhaut bemerkt hat. Zugleich war es ihr aufgefallen, dafs eine Anzahl der ausfallenden Haare an ihren Wurzelenden eine eigentümliche „Nisseartige" Knötchenbildung zeigte. In letzter Zeit fielen durchschnittlich etwa 120—130 Haare pro Tag aus, unter ihnen etwa 30—40 Knötchenhaare. Die Untersuchung der Furfurae mittels des von Bizzozero angegebenen Verfahrens liefs erkennen, dafs in denselben grofse Massen verschiedenartig geformter Bakterien, aufserdem auch Bizzozeros Saccharomyces sphaericus und ovalis enthalten waren. Die knötchenfreien Haare zeigten, abgesehen von der Atrophie, keine Veränderung. An den Knötchenhaaren findet man in jenen der Haarwurzel anhaftenden Massen Bakterien in grofser Menge, die nicht spezifischer Natur, sondern Gemische verschiedener Arten waren. Die Untersuchung von Schnittpräparaten

Digitized by Google

lehrte, dafs die Knötchenbildung bedingt wurde durch eine abnorme Vorhornung der epithelialen Auskleidung der Haartasche, und dafs die Spaltpilze die ganze Länge und Dicke der Hornmassen durchsetzen, am reichlichsten aber an den der Peripherie des Schaftendes zugewandten Partien sich vorfanden. Therapeutisch wurde die Schinnenbildung durch Anwendung von Schwefelpomaden beseitigt, dagegen konnte dem Fortschreiten der Alopecie durch ein konsequent angewandtes antimykotisches Verfahren nicht Einhalt gethan werden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Chronische Infektionskrankkeiten.

a. *Lepra.*

Lepra. Von Reknæs Pflegeanstalt für Leprakranke hat der dirigierende Arzt Dr. Kaurin einen Bericht der 26jährigen Wirksamkeit derselben ausgegeben (Kristiania 1888). Das Hospital, welches an der Westküste Norwegens bei Molde gelegen ist, wurde 1861 neu erbaut, es faſst 32 Krankenzimmer für 160 Kranke. Seitdem wurden 664 Leprakranke aufgenommen, 386 Männer und 278 Weiber. Von diesen sind 438 gestorben, 140 haben das Hospital verlassen, 8 als geheilt. Durchschnittlich war die Krankenbelegung 110, mit einem jährlichen Zugang von 24. Der Distrikt Romsdalen, aus welchem das Hospital rekrutiert wird, hatte 1861 194 und 1885 95 Leprakranke; in derselben Weise ist während der Zeit die Patientenzahl des Hospitals von 140 bis 65 heruntergegangen.

72 % zeigten die tuberkulöse und 28 % die glatte Form. Der jährliche Mortalitätsprozentsatz der erstern war 15,8 und der letztern 7,7. Für 232 an der ersten Form Gestorbenen war das Lebensalter durchschnittsich 38 Jahre und die Dauer der Krankheit 10 Jahre, für 61 an der letzteren Form Gestorbenen waren die Zahlen 61 und 16 Jahre.

207 waren verheiratet, und nur in 7 Fällen waren beide Ehehälften leprös; 33 hatten lepröse Kinder. Von 377 Personen, über welche Mitteilungen bezüglich der Heredität vorlagen, hatten 157 lepröse Familienmitglieder, 100 in direkt aufsteigender Linie.

Durchschnittsalter des Ausbruchs der Krankheit war für 74 Lepröse mit leprösen Eltern 18 Jahre, für 7 Personen mit leprösen Voreltern 22,8 Jahre und für 56, welche Lepröse in den Seitenlinien hatten, 25,5 Jahre. Das Durchschnittsalter der ersten Erscheinung der Krankheit, für alle berechnet, war 31 Jahre.

E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Persönliche Beobachtungen über Lepra in Mexiko und auf den Sandwich-Inseln, von Dr. Prince A. Morrow. (*New York Med. Journal.* 1889. Juli 27.) Lepra wurde in Zentral- und Süd-Amerika zuerst durch portugiesische Kaufleute eingeführt, in Mexiko wahrscheinlich durch die Spanier, in Kanada durch die Franzosen. In Nord-Amerika ist die Krankheit auf vier verschiedene Quellen zurückzuführen. Akadische Kolonisten brachten Lepra nach Louisiana, skandinavische nach Jowa, Illinois, Wisconsin und Minnesota, chinesische nach Kalefornien und Oregon und westindische nach der südlichen Küste des Atlantischen Ozeans. Die Sandwichinseln bieten heutzutage das beste Feld für die Beobachtung von Leprakranken. Dank den strengen Absonderungsmafsregeln kann man auf der Lepra-Niederlassung in Molokai jede mögliche Form der Krankheit an ca. 1100 Patienten studieren. — Die Frage,

Digitized by Google

ob Lepra überimpfbar sei, ist immer verneint worden. Keanu, der zum Tode verurteilte Verbrecher, welcher im September 1884 von Dr. Arning mit Lepramaterial geimpft war, hat vor einigen Monaten deutliche Lepraknoten bekommen. Mikroskopische Untersuchung (von Dr. Fordyce vorgenommen) ergab die Anwesenheit von Leprabacillen. Der Verbrecher lebte in strengster Abgeschlossenheit. — Die Inkubationsperiode rechnet man auf 3 bis 5 Jahre, jedoch mag sie kürzer oder länger sein.

Die makulöse Form ist keine typische, sondern nur eine markierte Entwickelungsphase der Lepra. Ungefähr die Hälfte der Fälle auf den Sandwichinseln gehört der Knotenlepra an, ein Drittel der anästhetischen und das übrige Sechstel der gemischten Form.

Die Art der Entwickelung und die Verbreitung der Krankheit bieten hier den positiven Beweis der aufserordentlichen Kontagiosität der Lepra. In der kurzen Zeitdauer einer Generation ist die Einwohnerzahl der Inseln dezimiert worden. Augenblicklich sind 5 bis 10 % aller Eingeborenen leprös und gleichfalls viele aus leprafreien Ländern eingewanderte Fremde.

Zahlreiche Krankengeschichten weisen auf eine geschlechtliche oder anderweitige Exponierung hin. Auch erkranken die Kokuas, die als Krankenpfleger nach den Niederlassungen gehen, in grofser Zahl. Von 66 fielen 23 der Krankheit in den letzten zwei Jahren zum Opfer, und 11 wurden als verdächtig bezeichnet.

Heredität scheint (wenn überhaupt) eine recht unbedeutende Rolle zu spielen. Es ist kein verbürgter Fall kongenitaler Lepra beobachtet worden. Dr. Fordyce untersuchte die Placenta und Nabelschnur, sowie die Haut eines totgeborenen ausgetragenen Kindes lepröser Eltern und konnte keine Bacillen nachweisen. Lepra entwickelt sich nie vor dem dritten bis fünften Jahre, meistens zwischen dem 30. und 50. Jahre. Lepröse sind meist immer steril. In den ersten fünf Jahren nach Gründung der Niederlassung wurden nur 2 Kinder geboren, nur 3 in den nächsten 5 Jahren. Im Jahre 1885 wurde das Kapiolariehaus in Honolulu gegründet, wo Kinder lepröser Eltern unter Beobachtnng und in Abgeschlossenheit gehalten werden, bis zum wirklichen Ausbruche der Krankheit. *Leviseur-New York.*

b. *Tuberkulose.*

Karzinom auf Lupus. L. Nielsen (*Hospitalstidende.* 1889) hat zwei Fälle publiziert. Der erste Fall betraf einen 58jährigen Mann, der seit der Kindheit einen Lupusfleck und später serpiginösen Lupus des Gesichts hatte. Vor 6—7 Monaten zeigte sich in der regio masseterica, wo der erste Lupusfleck bestanden, eine karzinomatöse Geschwulst, welche mit dem scharfen Löffel abgeschabt wurde und sich mikroskopisch als Plattenepitheliom zeigte. Ein Recidiv wurde nach einigen Monaten (im Sommer 1889) entfernt.

Die andre Kranke wurde zum erstenmal 1884 und später im Kommunehospital wegen Lupus erythematosus faciei und Lupus vulgaris nasi (eine sehr selten beobachtete Komplikation) behandelt. 1886 wurde die Rhinoplastik gemacht, und gleich danach wurde an der Oberlippe ein hartnäckiges Geschwür exzidiert, welches mikroskopisch sich als Epitheliom entpuppte. Bald entstanden Recidive, und nach einem Jahre starb die Kranke marantisch.

In demselben Hospital hat Engelsted 1870 einen Fall beobachtet, wo ein 9jähriges, seit 5 Jahren an Lupus leidendes Mädchen ein ulcerierendes Epitheliom der Temporalgegend bekam. Sie starb nach einigen Monaten. — Aus der Litteratur sind 46 Fälle bekannt, wo Krebs auf noch floridem Lupus sich entwickelt hat, und 12 auf Narbengewebe nach geheiltem Lupus.

Digitized by Google

Die so entstandenen Karzinome sind in Verlauf, Metastasenbildung u. s. w ganz mit denjenigen, die sonst sich entwickeln, gleichwertig und treten, wie Karzinome überhaupt, häufiger bei Männern als bei Weibern auf. Nur scheinen sie in jüngeren Jahren sich zu zeigen, besonders verhältnismäfsig häufig vor dem 30. Lebensjahr. Auch zeigten sie nie den benignen Charakter des flachen Epithelioms (Ulcus rodens), sondern gingen immer in die Tiefe, wahrscheinlich weil der Boden im lupösen Gewebe weniger widerstandsfähig ist. Wenn Karzinom sich als kontagiöse oder infektiöse, bacilläre Krankheit erweisen sollte, wäre ihre Entstehung in lupösen Herden ganz gut erklärlich. *Pontoppidan-Kopenhagen.*

Über Lupusexzision und deren plastische Deckung, nebst einigen Bemerkungen zur THIERSCHschen Transplantation, von Dr. E. SENGER in Krefeld. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 33.) S. behauptet, dafs wir mit unsern Instrumenten, dem scharfen Löffel und dem Paquelin, nicht imstande sind, alles Kranke zu entfernen und müssen notwendig pathogene Teilchen in dem Gewebe zurücklassen. Bei dieser Anschauung glaubt S. nur durch Exzision der ganzen Haut bis in das Unterhautbindegewebe alles Kranke radikal entfernen zu können, wenn noch etwa 1 cm im Gesunden die Haut fortgenommen wird, mag der Lupus noch so oberflächlich zu liegen scheinen. Vom praktischen Gesichtspunkte aus trennen sich die lupösen Flächen in a. solche, nach deren Exzision die gesunden Hauträuder sich ohne Schwierigkeit sofort vereinigen lassen; b. in solche, bei denen hinterher ein plastischer Ersatz geliefert werden mufs. Fälle der ersten Gruppe hat S. am Kinn, den Wangen, der Stirn etc. auf diese Weise mit günstigem Erfolge beseitigt. Auch berichtet er über 3 Fälle der zweiten Gruppe, wo er nach Exstirpation die THIERSCHsche Transplantation anwandte. Die Hautlappenstücke wurden auf die frisch geschaffene Wundfläche sofort gelegt, nur mufs man möglichst glatte Flächen scheiden, weil es sonst zu Anfang kleine Unebenheiten in der überpflanzten Haut gibt, die sich allerdings später ausgleichen. Man schneide ferner möglichst grofse und gleichmäfsige Stücke und lege sie so auf den Defekt, dafs die Enden den Defekt überragen. Bei gröfseren Defekten, für welche ein Lappenstück nicht genügt, nimmt man mehrere und legt sie dachziegelförmig übereinander, so dafs keine Wundlücke entsteht. Zum Auffangen der Hautstücke hat S. Glasspatel zweckmäfsiger gefunden, als Elevatorien, weil die Haut auf Glas viel besser sich ausbreiten läfst und haftet. Nicht Gewicht genug kann auf ein haarscharfes, eben abgezogenes Rasiermesser gelegt werden, und eine Hauptbedingung für den Gesamterfolg ist das amykotische Arbeiten.

L. Hoffmann-Berlin.

c. *Syphilis.*

Über Einspritzungen von Kalomelöl und Oleum cinereum, von Dr. LÖWENTHAL. (*Berlin. klin. Wochenschr.* No. 22.) In der SENATORschen Poliklinik hat L. nochmals Versuche mit Kalomel- und Ol. ciner.-Injektionen gemacht und zwar hat er letzteres (Hydrarg. metall. 20,0, Aeth. benzoic. 5,0, Paraffin. liquid. 40,0, so dafs 60 Tle. Ol. ciner. 20 Tle. Hydrarg. enthalten) bei 10 Patienten angewandt und im ganzen 53 Injektionen gemacht. Trotz guter Resultate hat er wegen einiger Abscesse oder wegen derber, schmerzhafter Infiltrationen diese Injektionen aufgegeben. 20 Patienten wurden mit Kalomelöl (1 : 10) behandelt mit 112 Injektionen. Dabei nur 1 Abscefs und wenige schmerzhafte Infiltrationen. Wurde die Dosis von 0,1 nicht gut vertragen, dann wurde nur 0,05 injiziert, besonders bei den Patienten, bei denen sich nach den Injektionen Fieber einstellte, das bei 2 Patienten bis auf 40° stieg.

Digitized by Google

Alle Fälle zeigten Spätformen von Syphilis und wurden durch die Kalomelinjektionen geheilt, nachdem sie vorher vergeblich andre Kuren durchgemacht hatten.

L. Hoffmann-Berlin.

Über Hydrargyrum salicylicum, von Hahn. (*Archiv für Dermat. u. Syph.* 1889.) In der Bonner Klinik wurde den betreffenden Kranken alle 4 Tage 0,06 Hydrargyrum salicyl. in Paraffinum liquidum suspendiert in die Glutäalmuskulatur injiziert und zwar von oben dicht neben der Crista ilei schräg nach unten. Stomatitis wurde nur selten beobachtet, nur einmal trat ein Exanthem auf. Als Streupulver auf ulcerierende Sklerosen und nässende Papeln hat es wenig therapeutischen Wert.

Das erste Auftreten von Quecksilber wurde 48 Stunden nach der ersten Injektion beobachtet. Bezüglich der Recidive nach Hg salicylicum entscheidet sich der Verf. noch nicht definitiv. *P. Taenzer-Leipzig.*

Extragenitale Syphilisinfektion, von Pospelow. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889.) Während der Jahre 1878—1887 wurden im Moskauer Mjassnitzkyschen Krankenhause 198 extragenitale Primärgeschwüre beobachtet, die alle dem Arbeiter- resp. Dienstbotenstande angehörten. Die Initialgeschwüre saſsen

49	mal	an den Mundlippen
1	„	am Zahnfleisch
3	„	an der Zunge
46	„	am Rachen
69	„	an der Brustwarze bei Frauen
1	„	am Kinn
3	„	an den Augenlidern
1	„	an der Nase
10	„	am Rumpfe
5	„	am Anus
6	„	an den oberen Extremitäten
4	„	an den unteren „
198		

Nach P.s Ansicht spielt die Infektion durch unsaubere Trinkgeschirre, Löffel, Nähnadeln und Zwecken, die syphilitische Nähmädchen und Tapezierer im Munde gehabt haben und von nicht Syphilitischen wieder in den Mund genommen werden, bei der Häufigkeit des Lippen- und Rachenschankers eine groſse Rolle.

Der hohe Prozentsatz der Brustwarzenschanker findet seine Erklärung in der Infektion der nicht syphilitischen Amme durch einen syphilitischen Säugling, namentlich wenn die Amme 5—6 mal gewechselt wird, wie es in Rufsland an der Tagesordnung ist, oder durch die „gegenseitige Hilfeleistung" armer Mütter, d. h. eine stillende Mutter gibt während der Zeit des Kochens, Aufräumens etc. ihren syphilitischen Säugling einer andern (nicht syphilitischen) armen Frau zum Stillen, der natürlich die unschuldige Quelle der Syphilisinfektion für die gutmütige Helferin wird.

Der Artikel enthält viel Neues und Bemerkenswertes und kann den Fachkollegen nicht dringend genug zur Lektüre empfohlen werden. *P. Taenzer-Leipzig.*

Syphilismikroorganismen, von F. S. Eve (London). (*New York Med. Journ.* 1889. Januar 26.) In der Sitzung der Assoc. of Americ. Physicians zeigte Dr. Eve Präparate von Mikroorganismen, welche in syphilitischen Geweben nachgewiesen worden sind, und die er aus frischen Syphiliden vor Anwendung von Quecksilber und andern antisyphilitischen Mitteln gewonnen hatte. Keiner der Mikroorganismen könne aber bis jetzt als pathogenetisch angesehen werden. *Philippi-Felsberg.*

Digitized by Google

Über intramuskuläre Merkurialinjektionen bei Syphilis, von Buckmaster Drale. (*Med. News.* 1889. März 30.) Verf. empfiehlt die Anwendung intramuskulärer Sublimatinjektionen bei Syphilis, welche besser vertragen werden als Kalomel. Der Vorwurf der Abscefsbildung sei durch Lewins Erfolge (300000 Injektionen mit nur 20 Abscessen) sowie Bloxhams (1924 Injektionen mit einem einzigen Abscefs), Parkerts (5000 Injektionen ohne einen einzigen Abscefs), sowie auch durch des Verf. 230 Injektionen ohne Abscefsbildung genugsam widerlegt. Der verursachte Schmerz sei unbedeutend und der Zusatz von Kokain zu der Lösung zu verwerfen. Verf. empfiehlt folgende Vorsichtsmafsregeln.

1. Die Injektionsstelle wird zuvor mit warmer Karbollösung gewaschen.
2. Desgleichen Spritze und Kanüle vor und nach jeder Injektion mit warmer Karbollösung gewaschen.
3. Die zu injizierende Sublimatlösung wird erst in heifses Wasser gestellt und ein wenig erwärmt.
4. Die Injektionen werden mittels einer möglichst scharfen feinen Nadel tief in die Glutäalmuskulatur appliziert.
5. Es wird abwechselnd, den einen Tag auf der einen, den andern Tag auf der andern Seite injiziert.
6. Nach Entfernung der Kanüle wird die Injektionsstelle einige Sekunden sanft gerieben.

Aufserdem mufs die Kanüle vor und nach jeder Injektion mit Vaselin gut eingerieben werden. Zur Sublimatlösung wird ein wenig NaCl zugesetzt.

Philippi-Felsberg.

Über den diagnostischen Wert der Jodide bei Syphilis, von Dr. J. Will. White. (*Therapeutic Gazette.* Dez. 1888, und *Med. News.* Jan. 1889.) Die Schlüsse, welche Dr. W. aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende:

1. Die individuelle Disposition hat auf das Entstehen toxischer Erscheinungen bei Darreichung der Jodpräparate einen so wesentlichen Einfluſs, dafs die Wirkung der syphilitischen Infektion dabei ganz in den Hintergrund tritt.
2. Es sind noch keine genügenden theoretischen Beweise dafür beigebracht worden, dafs in irgend einem Stadium die Syphilis das Entstehen von Jodismus durch eine Art Neutralisation verhindere, und es ist dieses namentlich für die Endstadien sehr unwahrscheinlich.
3. Aus diesen Gründen ist man durchaus nicht berechtigt, aus dem Entstehen oder Fehlen von Jodsymptomen auch nach Darreichung von grofsen Dosen der Jodide irgend welche Schlüsse über eine syphilitische Infektion zu ziehen. *Philippi-Felsberg.*

Über den Wert der Lokalbehandlung bei Syphilis, von Joseph Zeisler M. D. (*Journ. Am. Med. Ass.* 1889. März 16.) Vorgetragen in der Dermatologischen Sektion der 39. Versammlung der Am. Med. Ass. Mai 1888.

Verf. hält die Exzision des Primärsyphilids für vergeblich. Er behandelt den harten Schanker mit Quecksilberpflaster (Seabury und Johnsons). Einreibungen mit 10—20 % weifser Präzipitatsalbe ist das beste Mittel, um syphilitische Effloreszenzen an Gesicht und Händen zu entfernen. Auch Chrysarobin (Reumont und Mosengeil.), Sublimatkollodium (Sigmund) sind wirksam. Condylomata lata werden am besten mit Argent. nitric. in Substanz oder Lösung behandelt, ebenso wie die ulcerierten Stellen. Eine 5—10 %ige Kokainlösung wird zweckmäfsig zur Verminderung der Schmerzhaftigkeit zuvor angewendet.

Schilderung von zwei Fällen mit hochgradigen Substanzverlusten, die in Heilung übergingen. *Philippi-Felsberg.*

Digitized by Google

Gehirnsyphilis, von R. M. Parsons. (*New York Med. Journ.* 1889. Februar 16.) In der Med. Soc. County New York, Sitzung vom 24. Dezbr. 1888, berichtete Dr. P. über einen bemerkenswerten Fall dieses Leidens. Patient, 45 Jahre alt, klagte über Appetitlosigkeit, Störung des Schlafes, deprimierte Stimmung, fühlte sich bald schläfrig und apathisch, bald reizbar und zornig; Gedanken oft verwirrt, zuweilen Ohnmachtsgefühl, manchmal auch Verlust der Sprache und vorübergehend Bewufstlosigkeit. Im weiteren Verlauf stellten sich ausgesprochene, epileptische Anfälle ein, die nach einiger Zeit in petit mal ausklangen. Kurz nach diesen letzten Erscheinungen Exitus letalis. Bei der Autopsie fanden sich ausgedehnte syphilitische Veränderungen am Gehirn. *Philippi-Felsberg.*

Gehirnsyphilis. E. D. Fischer hielt in der New York Acad. of Medicin am 17. Dezbr. 1888 einen Vortrag über diesen Gegenstand (*New York Med. Journ.* 1889. 2. März) und besprach hauptsächlich die Syphilis der Gehirngefäfse nach ihren pathologisch-anatomischen Verhältnissen, den Symptomen und der Therapie, ohne indes etwas wesentlich Neues hinzuzufügen.

Dr. Thomson hält den Schmerz bei Druck auf den Proc. ensiformis, wo derselbe an das Sternum grenzt, für sehr charakteristisch. *Philippi-Felsberg.*

Syphilitischer Substanzverlust am harten Gaumen; Verschlufs durch plastische Operation, von Dr. Mc. Burney. (*New York Med. Journ.* 1889. Jan. 26.) Der Fall wurde in der New York Surgical Society am 14. Nov. 1888 vorgestellt. Der Patient hatte zwei Jahre zuvor einen Schanker acquiriert; der Defekt war anderthalb Zoll lang und einen halben Zoll breit; Patient hatte einen Hartgummi-Obturator getragen; es erfolgte völlige Heilung im Laufe von 10 Tagen nach der Operation. *Philippi-Felsberg.*

Syphilitische Epididymitis, von Dr. G. W. Davis. (*Weekly Medical Review.* St. Louis. No. 408.) Ein 26jähriger Arbeiter, der nie früher an einer venerischen Affektion gelitten hatte, bekam Anfang Oktober einen Schanker der Vorhaut. Einen Monat darauf zeigte sich eine Geschwulst oberhalb des linken Hodens. Am 16. Febr. konnte man aufser der Vernarbung des Schankers ein papulo-pustulöses Syphilid, submaxillare Drüsenschwellung, Haarausfall und Kopfweh konstatieren. In der Gegend des Globus major des linken Nebenhodens fühlt man eine Geschwulst, die den ganzen Nebenhoden und den Samenstrang umfafst und sich bis zum Schambeine erstreckt. Sie ist schmerzlos und beinahe knorpelhart. Unter antisyphilitischer und äufserlicher Behandlung verschwand die Geschwulst vollständig. *Leviseur-New-York.*

Akute Infektionskrankheiten.

Richard verlangt in einem Vortrage in der Soc. méd. des hôp. vom 22. März 1889 als besonderes **prophylaktisches Erfordernis** bei ansteckenden Krankheiten und besonders **bei Masern** nicht blofs allgemeine Isolierung (en commune), sondern individuelle Isolierung. Mehr wie 2 Masernkranke dürfen nie zusammen liegen, wenn man sie der gegenseitigen Ansteckung entziehen will. So verschwänden vielleicht die jetzt noch so häufigen Komplikationen.

Grancher hält diesen Wunsch für theoretisch vorzüglich, aber praktisch unausführbar. Er schlägt eine Enquête der Pariser Kinderärzte darüber vor, was die Gesellschaft annimmt. (*Sem. méd.* 1889. No. 13.) *Pauly-Nervi-Wiesbaden.*

Digitized by Google

Sevestre (Société méd. des hôpit. 22. Febr. 1889) spricht über die Art der **Übertragung der Masern und der Diphtheritis.** Bei Masern geschieht die Ansteckung in fast allen Fällen durch die ausgeatmete Luft; einige Meter weit ist die infektiöse Zone. Ausnahmsweise steckt eine fremde Person oder ein berührter Gegenstand an, das Kontagium der Diphtherie wirkt dagegen mittelbar durch irgend ein Objekt, das den Gesunden ansteckt. Im Gegensatz zu den Masern bleibt es lange ansteckungsfähig; infizierte Objekte können Jahre lang ihre Infektionsfähigkeit behalten. Daher ist verschiedene Prophylaxe nötig: Isolierung der Kranken bei Masern, Desinfektion der Gebrauchsgegenstände ist gut, aber nicht unbedingt erforderlich. Aber notwendig ist sie bei Diphtherie. — Grancher hält es im Gegenteil für viel wahrscheinlicher, dafs der Infektionskeim bei Masern in den Sekreten (Nasenschleim, Sputum) steckt, auf Leinen, Taschentüchern trocknet und so in die Luft kommt. Die Desinfektion (mit Dampf) ist also erfolgreicher, als nach Sevestre anzunehmen ist. Da es keine ideale Isolierung gibt, hält G. sie durchaus nicht für so wichtig. (*Sem. méd.* 1889. No. 9.)

Pauly-Nervi-Wiesbaden.

Über **diphtheritische Geschwüre am Perineum** berichtet W. Hill (London). Bei 3 Mitgliedern derselben Familie hat er sie beobachtet und schiebt sie auf den Gebrauch des Waterclosets, welches direkt mit schlecht konstruierten Ausgufsröhren kommunizierte. 1. 10jähriger Knabe, der anfangs diphther. Plaques am Perineum hatte, bekam Diphtheritis des Pharynx und Larynx, und stirbt daran. 2. Der Vater, lange an Ekzem der Coccygealgegend leidend, bekommt an Stelle des Ekzems ein sehr schmerzhaftes Ulcus gangraenosum, das mehrere Wochen anhält. Starke Schwellung der Lymphdrüsen, zwei davon eitern. Sechs Wochen nachher eine postdiphtheritische Lähmung. 3. Die 8jährige Schwester des sub 1 erwähnten Knaben bekommt heftige Diphtherie der Vulva. Mandeln und Bronchien erkranken darauf. 2 Tage vor dem Tode bemerkt man ein Übergreifen der Diphtherie auf die Vagina und Perforation nach dem Rectum. — In der Diskussion betont Langmore, dafs Angina diphtheritica zuweilen indolent ist und so leicht übersehen werden kann. Ebenso kann, wie Buzzard hervorhebt, die diphtherit. Lähmung ganz vollständig sein, ohne dafs die elektrische Reizbarkeit wesentlich beeinträchtigt erscheint, worauf Duchenne schon aufmerksam gemacht hat. (*Sem. méd.* 1889. No. 9.)

Pauly-Nervi-Wiesbaden.

Progressive Ernährungsstörungen.

In der *Wiener medic. Presse* No. 30 und 31 berichtet Dr. Ludwig Polyak über einen Fall von **Xanthoma multiplex kompliziert mit Leberleiden.** Ein junger Bierbrauer, der viel geistige Getränke zu sich nahm und schon früher zweimal an Leberanschwellung litt, bekam erst im Nacken, später an Schultern, Rücken, Armen und Hinterbacken gelbliche Ausschläge unter Erbrechen und Schmerzen in der Lebergegend. Die Ausschläge waren orangegelbliche, scharf begrenzte, sammetartige Knötchen, die mehr oder weniger über die Oberfläche hervortraten, oder hanfsamengrofse, weifsgelbe, in der Mitte narbenartig eingezogene Flecke. Es wurde deshalb die Diagnose Xanthoma multiplex tuberosum et planum, kompliziert mit Hepatitis interstitialis hypertrophica, gestellt. Die Therapie bestand in Verabreichung von Alkalien und leichten Purgantien, nach Schwinden der subjektiven Symptome erfolgte die Entlassung als arbeitsfähig. Polyak bezeichnet das Xanthoma als eine Flecken- oder

Digitized by Google

Knötchenbildung (planum s. tuberosum und tuberculosum) und keiner Rückbildung fähig; Ätiologie noch nicht genügend beleuchtet; histologisch sei das Xanthom keine Talgdrüsenentzündung, sondern eine Neubildung, deren wichtigster Bestandteil die Xanthomzelle von verschiedener Form und Gröfse im veränderten Hautbindegewebe sei.

Eckart-Nürnberg.

Disseminierte Pigmentbildung nach Anwendung von Arsenik. Dr. W. M. Leszynsky zeigte in der New York Academy of Medicine. 19. Febr. 1889 (*N. Y. med. Journ.* 1889. 23. März) ein Kind, bei welchem ein Zustand diffuser Pigmentbildung sich nach Darreichung der gewöhnlichen Dosen Fowlerscher Lösung wegen Chorea langsam entwickelt hatte. Das Kind war sonst bei guter Gesundheit, namentlich bestand kein Erythem oder Symptome von Morbus Adissonii.

Philippi-Felsberg.

Ulcus rodens. Dr. Milroy demonstrierte in der Sitzung der Medico-chirurgical Society of Glasgow vom 29. März 1889 (*Glasgow med. Journ.* Vol. XXXII. No. 1) mikroskopische Schnitte eines exstirpierten Ulcus rodens der Wangenhaut. Im Laufe von weniger als einem Jahr waren neben einem früher bestandenen gröfseren Ulcus zwei kleinere aufgetreten. Verf. hält den erhabenen Rand des Geschwürs und die Lage desselben für charakteristische Unterscheidungsmerkmale gegenüber Epitheliom. Der harte, perlenartige Rand besteht aus hypertrophischen Talgdrüsen, welche infolge der Verdünnung der Cutis freigelegt und mumifiziert sind. Die Nichtbeteiligung der Lymphdrüsen ist ebenfalls etwas Charakteristisches. Bei Ulcus rodens können ebenso wie bei Epitheliom Zellnester entstehen dadurch, dafs um eine Talgdrüse herum sich Rundzellen und entzündliche Epithelzellen anhäufen.

Dr. Dalziel hat denselben Tumor untersucht und findet, dafs derselbe alle Merkmale eines wahren Epithelioms an sich trage. Thiersch habe auch Ulcus rodens als oberflächliches Epitheliom aufgefafst. Bei der Unsicherheit über das wirkliche Wesen des Ulcus rodens und den verschiedenen Auffassungen dieser Bezeichnung sei der Name Epitheliom für diesen Fall passender. *Philippi-Felsberg.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Über einen Fall von kongenitaler Atrophie der Augenbrauen und Lider nebst Atrophie sämtlicher Fingernägel, von R. Tilley M. D. (Chicago Ill.). (*Journ. Amer. Med. Ass.* 1889. 12. Jan.)[1] An einer 17jährigen Patientin, welche den Verf. wegen Photophobie, Blepharitis und Conjunctivitis konsultierte, fiel nebst dem Mangel an Cilien das eigentümliche Aussehen der Augenbrauen, welche einfach wie abgebrannt aussahen, auf. Unterm Mikroskop liefs sich ein sehr wesentlicher Mangel in der Entwickelung des Epithels, sowohl des Schaftes als auch der Wurzel, erkennen. Das abgebrannte Aussehen ist durch Abbrechen der dystrophischen Haare, wie es scheint, hervorgerufen. Pigment war reichlich vorhanden. Die Länge der Haare in toto betrug nicht mehr als $^1/_8$ Zoll.

Daneben waren sämtliche Nägel sowohl der Finger als auch noch mehr der Zehen eigentümlich dünn und eingekerbt, aber glänzend und von normaler Farbe; nirgends überragte der Nagel die Fingerkuppe.

---

[1] Vorgetragen in der Ophthalmologischen Sektion der 39. Meeting der Ass. 9. Mai 1888.

Digitized by Google

Bei einem 2jährigen Bruder bestanden ganz analoge Verhältnisse, desgleichen nach Angabe der Mutter auch beim Vater und noch einem älteren Bruder. — Atiologisch war nichts von Belang nachzuweisen. Keine Anzeichen von Syphilis. Therapeutische Versuche wurden nicht gemacht. *Philippi-Felsberg.*

Klinische Bemerkungen über Ulcus perforans pedis, von JOHN A. WESSINGER (Howell). (*Journ. of Cut. and Genito-Urin. Dis.* Mai 1889.) Verf. berichtet über eine an Diabetes mellitus leidende, 60jährige Frau, bei der nach 11jährigem Bestehen dieses Leidens Ulcus perforans des einen Fufses sich einstellte. Der Gewebszerfall führte zu einer Höhlenbildung, die den ganzen Fufs von der Sohle bis zum Dorsum durchzog. Abwechselnde Heilung des Geschwürs und Recidive. Diabetes bestand ununterbrochen fort, nahm in späteren Jahren zu; trotzdem Heilung des Ulcus, aber Entstehung eines gleichartigen Ulcus perforans auch am andern Fufse, das jetzt noch besteht.

Andre Fälle von Komplikation des Diabetes mit Ulcus perforans pedis sind nicht verzeichnet. *Philippi-Felsberg.*

Die **Differentialdiagnose zwischen Aïnhum oder kongenitaler Mifsbildung** (Amputation) erörtert PROUST in der Acad. de méd. (2. April 1889) bei Gelegenheit einer Patientin, die in Paris von nicht miteinander verwandten Eltern geboren, nie auf Reisen gewesen ist und niemanden in der Familie mit analogen kongenitalen Läsionen hat. Pat. selbst hatte sie an den oberen und unteren Extremitäten; Reflexe waren erhalten. Keine Anästhesie. P. glaubt nun, die Fälle von Aïnhum und kongenitalen Deformationen und Amputationen müfsten als das Resultat einer Krankheit des Foetus angesehen werden, die sich in utero matris entwickelt. (*Sem. méd.* 1889. No. 14.) *Pauly-Nervi-Wiesbaden.*

Alopecia simplex, von Dr. E. BESNIER. (*Journal de méd. de Paris.* 12. Mai. 1889.) Man schneide die Haare kurz ab und appliziere einen milden Sinapismus oder ein Rubefaciens auf die Kopfhaut; alsdann soll alle fünf Tage folgende Lösung eingerieben werden:

℞ *Acid. acet.*
Chloroform ää q. s.

Es ist dieses ein kräftiges Mittel zur Förderung des Haarwuchses, mufs aber mit Vorsicht angewandt werden. Daneben gebraucht man täglich eine Salbe aus Acid. salicyl. (1) mit Sulphur. praecip. (4) und Vaselin (20).

Philippi-Felsberg.

Alopecia areata, von DUNCAN BULKLEY (New York). 83. Jahresversammlung der Med. Soc. State New-York. Febr. 1889. (*New York med. Journ.* 1889. 16. Febr.) Verf. hält dafür, dafs das Leiden im wesentlichen auf nervöser, nicht auf infektiöser Basis beruhe. Wenn man auch das Vorhandensein eines Parasiten konstatieren könne, so sei dasselbe von einem besondern, vom Nervensystem kontrollierten Körperzustand abhängig. Mittels geeigneter Diät, Ruhe und hygieinischer Mafsnahmen sei daher der beste Erfolg zu erzielen. *Philippi-Felsberg.*

Hereditare Verhältnisse bei Trichorrhexis nodosa. (*Glasgow med. Journ.* Vol. XXXI. No. 6.) In der Sitzung der Glasgow Pathological and Clinical Society am 6. Mai 1889 zeigte Dr. LINDSAY-STEVEN drei Brüder im Alter von 6, 8 und 12 Jahren, welche alle drei mit dieser Affektion behaftet waren. Die beiden jüngeren zeigten die Störung in höherem Grade noch als der älteste; ihre Köpfe waren fast kahl

Digitized by Google

infolge des Abbrechens der Haarschafte in kurzer Entfernung von der Kopfhaut. Auch ein vierter Bruder, sowie der Vater und der Grofsvater der Kinder hatte dasselbe Leiden dargeboten. *Philippi-Felsberg.*

Über einen Fall von partieller Sklerodermie, mit Übergang in halbseitige Gesichtsatrophie, kombiniert mit Alopecia areata, von Dr. O. Rosenthal (Berlin). (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 34.) Bei einer 7¾ Jahr alten Patientin, welche im Alter von ½ Jahr durch Herausfallen aus dem Wagen ein Trauma erlitten hatte, bestehen neben einer Anzahl vitiligoähnlicher Flecke, die sich zum Teil infiltriert anfühlen, eine mäfsige Atrophie der linken Gesichtshälfte, deren Haut ziemlich straff ist, und auf derselben Seite des Kopfes eine Anzahl kahler, von Haaren entblöfster, glatter Scheiben. Es ist das Bild der partiellen Sklerodermie (sclérème en placards), und zwar in dessen atrophischem Stadium mit Übergang in halbseitige Gesichtsatrophie, begleitet von Alopecia areata. *L. Hoffmann-Berlin.*

Blennorrhöe.

Behandlung der chronischen Gonorrhöe, von Bender. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. Heft 3.) Der Verf. bricht eine Lanze zu gunsten der Casperschen gerinnten Sonden, welche mit einer Salbe von:

Argent. nitr.	0,5
solve in minima quantitate *Aq. dest.*	
M. c. *Lanolin.*[1] *puriss. anhydr.*	35,0
Ol. olivar. puriss.	15,0
M. f. Ungt.	

bestrichen und anfangs dreimal, später zweimal wöchentlich eingeführt werden. Ist eine Gonorrhoea anterior vorhanden, so wird die Sonde nur wenige Zentimeter über den Bulbus, bei Gonorrhoea posterior jedoch bis in die Blase geführt.

Die Unnaschen Salbensonden werden vom Verf. verworfen. Doch scheint B. keine eigenen Erfahrungen darüber zu besitzen. *P. Taenzer-Leipzig.*

Ein Beitrag zur Salbensondenbehandlung der chronischen Urethritis, von K. Szadek. (*Archiv für Dermat. u. Syph.* 1889.) Die mit einem Gemisch von:

Argent. nitric.	0,1—0,3
Cerae albae	4,0
Lanolini	20,0

überzogenen Bénioués chen Zinnsonden werden mit Glycerin bestrichen und bei tiefem Sitze des Nachtrippers bis in die Blase, bei vorderem Sitze bis an den M. sphincter intern. eingeführt und anfangs 3—5, später 20—25 Minuten liegen gelassen. Bei Hyperästhesie wird vorher eine Kokaininjektion gemacht. Mit den Nummern der

---

[1] Der Verf. hat mit Casper Lanolin als Konstituens des Salbenüberzugs der Sonden gewählt, weil es „ausgiebiger und rascher als andere Fette resorbiert werde." Danach scheint dem Verf. die experimentelle Arbeit Ritters (*Berl. klin. Wochenschr.* 1886) nicht bekannt zu sein; aus derselben geht zur Evidenz hervor, dafs das Lanolin absolut keine Vorzüge bez. leichterer Resorbierbarkeit vor andern Fetten habe. Im übrigen verweisen wir auf die Verhandlungen der Abteilung für Dermatologie und Syphilis der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Heidelberg, sowie auf das folgende Referat.

Digitized by Google

Sonden steigt man allmählich aufwärts, eventuell unter Spaltung des Orificiums. Die Indikationen zur Salbensondenbehandlung sind die bereits bekannten.

P. Taenzer-Leipzig.

Gegen **Ophthalmia blennorrhagica** rät Higgens:

Mercur. oxyd. flav.	0,1
Cocaini	0,5
Acid. borici	1,2
Vaselini	30,0

Anzuwenden, nachdem man die Konjunktivalsäcke exakt mit 5 % Borsäurelösung ausgewaschen hat; man streicht die Salbe auf Leinwand und legt sie auf die geschlossenen Lider. Alle 4 Stunden Wiederholung des Auswaschens und der Salbe. (*Sem. méd.* 1889. No. 14.) *Pauly-Nervi-Wiesbaden.*

Verschiedenes.

W. A. Morris bespricht **Beriberi** in der Society of Epidemiology. B. hat zwei Formen, eine epi- und eine endemische. Seine Entwickelung hat drei verschiedene Perioden: die des Ödems und des Starrwerdens (engourdissement), die der passiven Kongestion und des Anasarca und die der Paralyse und Atrophie. Nach ausführlicher Besprechung der Symptomatologie empfiehlt er therapeutisch Diuretica, ferner Chinin und Eisen. Wahrscheinlich spiele Malaria ätiologisch eine Rolle. Die Volkshygieine sei vor allem zu bessern. (*Sem. méd.* 1889. No. 19.)

Pauly-Nervi-Wiesbaden.

Rabow empfiehlt als **Haarwasser**:

Spir. sapon.	
Aq. colonien.	aa 100,0
Tinkt. Chinae compos.	2,0

M. D. S.: Vor dem Gebrauch umzuschütteln.

(*Therap. Monatsh.* No. 8.)

Versammlungen.

X. Internationaler medizinischer Kongreſs
Berlin 1890.

Am 17. September 1889 hat in der Aula der Universität zu Heidelberg eine *Versammlung der Delegierten* stattgefunden, welche von seiten der Deutschen medizinischen Fakultäten und der gröſseren ärztlichen Gesellschaften des deutschen Reiches zur Beratung der Organisation und der vorbereitenden Organe des Kongresses entsendet waren.

Die Ergebnisse der Beratung waren folgende:

1. Die Versammlung war einverstanden, daſs der Kongreſs am 4. August 1890 zu Berlin eröffnet und am 10. August geschlossen werde.

Digitized by Google

2. Der vom vorbereitenden Komitee im Anschluſs an den Vorgang der früheren Kongresse ausgearbeitete Entwurf eines *Statuts* und *Programms* wurde angenommen. (Siehe Anlage I.)

3. Als Mitglieder des *Organisations-Komitees* wurden erwählt folgende Personen:

Vorsitzender Geh. Medizinalrat Prof. Dr. VIRCHOW
Stellvertreter des Vorsitzenden „ „ „ „ VON BERGMANN
„ „ „ „ LEYDEN
„ „ „ „ WALDEYER.

Als Generalsekretär wurde ernannt Dr. LASSAR.

Dieses Komitee hat die Befugnis, Ehrenpräsidenten und Schriftführer zu ernennen, auch das Redaktions-Komitee zu bestellen.

4. Für jede der einzelnen *Abteilungen* (Sektionen) des Kongresses soll ein besonderes *Organisations-Komitee* aus neun Mitgliedern bestehen, welches die Vorbereitung der Sektionssitzungen bezüglich der wissenschaftlichen Aufgaben und der Teilnehmer zu besorgen hat. Jedem dieser Komitees gehört ein geschäftsführendes Mitglied mit dem Wohnsitz in Berlin an. Den einführenden Vorsitz übernimmt s. Z. das hierzu von dem Abteilungskomitee bestimmte Mitglied. (Das Verzeichnis vergl. Anlage II.)

5. Mit dem Kongreſs soll eine *internationale medizinisch-wissenschaftliche Ausstellung* verbunden werden, deren Vorbereitung das Organisations-Kommitee übernimmt.

Anlage I.

Statut und Programm für den X. internationalen medizinischen Kongreſs zu Berlin.

Art. I. Der X. internationale medizinische Kongreſs wird am Montag, den 4. August 1890, in Berlin eröffnet und am Sonnabend, den 10. August, geschlossen werden.

Art. II. Der Kongreſs besteht aus den approbierten Ärzten, welche sich als Mitglieder haben einschreiben lassen und ihre Mitgliedskarte gelöst haben. Andre Gelehrte, welche sich für die Arbeiten des Kongresses interessieren, können als auſserordentliche Mitglieder zugelassen werden.

Die Teilnehmer zahlen bei der Einschreibung einen Beitrag von 20 Mark. Sie werden dafür je ein Exemplar der Verhandlungen erhalten, sobald dieselben erschienen sind. Die Einschreibung geschieht bei Beginn der Versammlung. Sie wird auch vorher geschehen können durch Einsendung des Beitrages an den Schatzmeister unter Angabe des Namens, der Stellung und des Wohnortes.

Art. III. Der Zweck des Kongresses ist ein ausschlieſslich wissenschaftlicher.

Art. IV. Die Arbeiten des Kongresses werden in 18 Abteilungen (Sektionen) erledigt. Bei der Einschreibung haben die Mitglieder anzugeben, welcher oder welchen Abteilungen sie sich vorzugsweise anschlieſsen wollen.

Art. V. Das Organisations-Komitee wird in der Eröffnungssitzung des Kongresses die Wahl des definitiven Bureaus veranlassen, welches bestehen soll aus einem Vorsitzenden, drei Stellvertretern desselben und einer unbestimmten Zahl von Ehrenvorsitzenden und Schriftführern.

In den konstituierenden Sitzungen der einzelnen Abteilungen wird jede Abteilung einen Vorsitzenden und eine genügende Zahl von Ehrenvorsitzenden erwählen, welche letzteren abwechselnd mit dem Vorsitzenden die Verhandlungen zu leiten

Digitized by Google

haben. Wegen der verschiedenen Sprachen wird aus den ausländischen Mitgliedern eine entsprechende Anzahl von Schriftführern ernannt werden. Die Verpflichtungen derselben beschränken sich auf die Sitzungen des Kongresses.

Nach dem Schlusse des Kongresses wird die Herausgabe der Verhandlungen durch ein besonderes, von dem Vorstande zu bestimmendes Redaktions-Komitee besorgt werden.

Art. VI. Sitzungen des Kongresses und der einzelnen Abteilungen (Näheres vorbehalten).

Art. VII. Die allgemeinen Sitzungen sind bestimmt:

a. für Verhandlungen betreffend die Arbeit und die allgemeinen Verhältnisse des Kongresses;

b. für Vorträge und Mitteilungen von allgemeinem Interesse.

Art. VIII. Verhandlungen der Sektionen (Formulierung vorbehalten).

Art. IX. Vorträge in den allgemeinen, sowie in etwa anzuordnenden aufserordentlichen Sitzungen sind denen vorbehalten, welche von dem Organisations-Komitee dazu ersucht worden sind.

Vorschläge, welche die künftige Thätigkeit des Kongresses betreffen, müssen vor dem 1. Juli 1890 bei dem Organisations-Komitee angemeldet werden. Letzteres entscheidet darüber, ob diese Vorschläge geeignet sind, auf die Tagesordnung gesetzt zu werden.

Art. X. Alle Vorträge und Mitteilungen in den allgemeinen und Abteilungssitzungen müssen vor dem Schlusse der betreffenden Sitzung schriftlich an die Schriftführer übergeben werden. Das Redaktions-Komitee entscheidet darüber, ob und in welchem Umfange diese Schriftstücke in die zu druckenden Verhandlungen des Kongresses aufgenommen werden sollen.

Die Mitglieder, welche an Diskussionen teilgenommen haben, werden ersucht, vor dem Ende des Tages den Schriftführern einen schriftlichen Bericht über die Bemerkungen, welche sie während der Verhandlung gemacht haben, zuzustellen.

Art. XI. Die offiziellen Sprachen aller Sitzungen sind Deutsch, Englisch und Französisch.

Die Statuten, sowie die Programme und Tagesordnungen werden in allen drei Sprachen gedruckt.

Es ist jedoch gestattet, sich für ganz kurze Bemerkungen in den Sitzungen einer andern Sprache zu bedienen, falls eines der anwesenden Mitglieder bereit ist, den Inhalt solcher Bemerkungen in einer der offiziellen Sprachen wiederzugeben.

Art. XII. Einleitende Vorträge in den Abteilungen sind in der Regel auf die Zeit von 20 Minuten zu beschränken; in der Diskussion sind jedem Redner nur 10 Minuten zugemessen.

Art. XIII. Der fungierende Vorsitzende der Sitzungen leitet die Verhandlungen nach den in derartigen Versammlungen allgemein angenommenen (parlamentarischen) Regeln.

Art. XIV. Studierende der Medizin und andre Personen, Herren und Damen, die nicht Ärzte sind, sich aber für die Verhandlungen der betreffenden Sitzung besonders interessieren, können von dem Vorsitzenden der Sitzung eingeladen werden oder auf Ersuchen Erlaubnis erhalten, der Sitzung als Zuhörer beizuwohnen.

Art. XV. Mitteilungen oder Anfragen, betreffend Geschäftssachen einzelner Abteilungen, sind an die Vorsitzenden dieser Abteilungen zu richten. Alle übrigen Mitteilungen und Anfragen sind an den Generalsekretär Dr. Lassar, Berlin, NW., Karlstrafse 19, zu adressieren.

Virchow. von Bergmann. Leyden. Waldeyer.

Digitized by Google

Anlage II.

Verzeichnis der Abteilungen und ihrer Organisations-Vorstände.

(Das geschäftsführende Mitglied ist durch unterstrichenen Druck bezeichnet.)

1. Anatomie.

Flemming—Kiel
Gegenbaur—Heidelberg
Hasse—Breslau
Hertwig—Berlin
His—Leipzig
v. Kölliker—Würzburg
Kupffer—München
Merkel—Göttingen
Schwalbe—Strafsburg.

2. Physiologie und physiologische Chemie.

du Bois-Reymond—Berlin
Heidenhain—Breslau
Hensen—Kiel
Hüfner—Tübingen
Hoppe-Seyler—Strafsburg
Kühne—Heidelberg
Ludwig—Leipzig
Pflüger—Bonn
Voit—München.

3. Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Arnold—Heidelberg
Bollinger—München
Grawitz—Greifswald
Heller—Kiel
Ponfick—Breslau
v. Recklinghausen—Strafsburg
Virchow—Berlin
Weigert—Frankfurt a. M.
Zenker—Erlangen.

4. Pharmakologie.

Binz—Bonn
Böhm—Leipzig
Filehne—Breslau
Jaffé—Königsberg
Liebreich—Berlin
Marmé—Göttingen
Penzoldt—Göttingen
Schmiedeberg—Strafsburg
Hugo Schulz—Greifswald.

5. Innere Medizin.

Biermer—Breslau
Gerhard—Berlin
Kussmaul—Heidelberg
Leube—Würzburg
Leyden—Berlin
Liebermeister—Tübingen
Mosler—Greifswald
Naunyn—Strafsburg
v. Ziemssen—München.

6. Kinderheilkunde.

Henoch—Berlin
Heubner—Leipzig
Kohts—Strafsburg
Krabler—Greifswald
Ranke—München
Rehn—Frankfurt a. M.
Soltmann—Breslau
Steffen—Stettin
Ungar—Bonn.

7. Chirurgie.

Bardeleben—Berlin
v. Bergmann—Berlin
Czerny—Heidelberg
König—Göttingen
v. Lotzbeck—München
Schede—Hamburg
Trendelenburg—Bonn
v. Volkmann—Halle
Wagner—Königshütte.

8. Geburtshilfe und Gynäkologie.

Fritsch—Breslau
Gusserow—Berlin
Hegar—Freiburg
Hofmeyer—Würzburg
Kaltenbach—Halle
Löhlein—Giefsen
Martin—Berlin
Ohlshausen—Berlin
Winckel—München

Digitized by Google

9. Neurologie und Psychiatrie.

Binswanger—Jena
Emminghaus—Freiburg
Erb—Heidelberg
Flechsig—Leipzig
Fürstner—Heidelberg
Grashey—München
Hitzig—Halle
Jolly—Strafsburg
Laehr—Berlin-Zehlendorf.

10. Augenheilkunde.

O. Becker—Heidelberg
Eversbusch—Erlangen
v. Hippel—Gieſsen
Hirschberg—Berlin
Leber—Göttingen
Michel—Würzburg
Schmidt-Rimpler—Marburg
Schweigger—Berlin
v. Zehender—Rostock.

11. Ohrenheilkunde.

Bezold—München
Bürkner—Göttingen
Kirchner—Würzburg
Kuhn—Jena
Lucae—Berlin
Magnus—Königsberg
Moos—Heidelberg
Schwarz—Halle
Trautmann—Berlin.

12. Laryngologie u. Rhinologie.

Beschorner—Dresden
B. Fränkel—Berlin
Gottstein—Breslau
A. Hartmann—Berlin
Jurasz—Heidelberg
H. Krause—Berlin
Michael—Hamburg
Schech—München
M. Schmidt—Frankfurt a. M.

13. Dermatologie und Syphiligraphie.

Caspary—Königsberg
Doutrelepont—Bonn
Köbner—Berlin
Lassar—Berlin
Lesser—Leipzig
Lewin—Berlin
Neisser—Breslau
Unna—Hamburg
Wolff—Strafsburg.

14. Zahnheilkunde.

Busch—Berlin
Calais—Hamburg
Hesse—Leipzig
Fricke—Kiel
Holländer—Halle
Miller—Berlin
Partsch—Breslau
Sauer—Berlin
Weil—München.

15. Hygieine.

Flügge—Breslau
Gaffky—Marburg
Graf—Elberfeld
F. Hoffmann—Leipzig
R. Koch—Berlin
Pistor—Berlin
v. Pettenkofer—München
Wolffhügel—Göttingen
Uffelmann—Rostock.

16. Medizinische Geographie und Klimatologie

(Geschichte und Statistik).

Brock—Berlin
Dettweiler—Falkenstein
Falkenstein—Lichterfelde
Finkelnburg—Bonn
Guttstadt—Berlin
A. Hirsch—Berlin
Lent—Köln
Wenzel—Berlin
Wernich—Köslin.

Digitized by Google

17. Gerichtliche Medizin.	18. Militäir-Sanitätswesen.
Falk—Berlin	*Abel*—Stettin
Günther—Dresden	*v. Coler*—Berlin
v. Hölder—Stuttgart	*v. Fichte*—Stuttgart
Knauff—Heidelberg	*Grasnick*—Berlin
Lesser—Breslau	*Grossheim*—Berlin
Liman—Berlin	*Krocker*—Berlin
Reubold—Würzburg	*Mehlhausen*—Berlin
Schönfeld—Berlin	*Mohr*—München
Skrzeczka—Berlin.	*Roth*—Dresden

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Tostorn. Ekzema solare. *Morgagni.* 1885.

Fabry. Zur Behandlung der Psoriasis, insbesondere mit Hydroxylamin. *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889.

Ed. Schiff. Zur Pathologie und Therapie des Ekzems im Kindesalter. *Wiener med. Wochenschr.* No. 12, 13, 14 u. 15. 1889.

J. Sawtschenko. Über Osteomyelitis leprosa. *Centralbl. f. Bact. u. Parasitenk.* Bd. V. No. 18. 1889.

Widmark. L'influence de la lumière sur la peau. 1889. *Verhandlung. d. biolog. Vereins in Stockholm.*

Geyl. Quelques cas remarquables de la pratique obstétr. Publication des *Nouvelles Archivs d'Obstétrique et de Gynécologie.* Paris 1889.

Beissel. Aachen als Kurort. 1889.

Lang. Syphilis des Herzens. 1889.

Spinn. Innere Atmung der Organe. Aus dem Böhmischen. Prag 1889.

Pollatschek. Alkohol bei Diabetes mellitus. Wien 1889.

Joseph. Erwiderung gegen Behrends Alopecie. *Virchows Archiv.* Bd. 116. 2.

van Haren Noman. Mitteilungen aus der Klinik zu Amsterdam. 1889.

Gutteling. Over de Behandeling von Psoriasis met Jodkalium. 1889. *Nederlandsch Tijdschrift vor Geneeskunde.*

Spaeth. Vulvovaginitis der Kinder. Separatabdr. aus *Münch. med. Wochenschr.* No. 22. 1889.

Derselbe. Weitere Erfahrungen über Kreolin. *Münch. med. Wochenschr.* No. 15 u. 16. 1889.

Michelson. Jahresbericht über Ambulatorium. Königsberg 1888/89.

Beaven Rake. Report on the Trinidad Leper-Asylum 1888.

Leviseur, Fred. J. Irritat. and the treatment of Ringworm of the scalp. *Med. Record.* Juni 1889.

Bulkley. Unusual methods of acquiring Syphilis. *Medical News.* 1889.

Derselbe. On the value of frequently repeated doses of Arsenic in the treatment of Bullous Diseases of the Skin. *The New York Med. Journal.* April 1889.

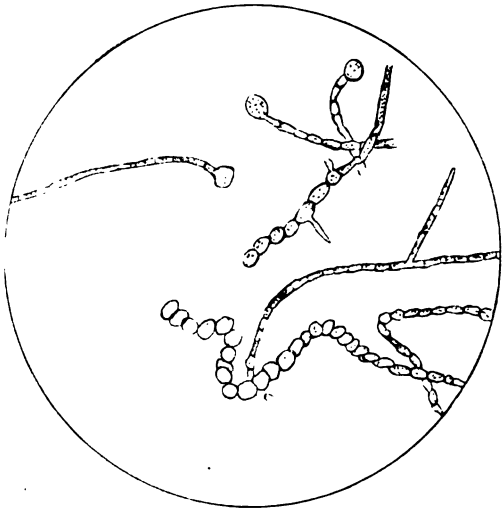
Verslag over de Onderzoekingen, verricht in Het Laboratorium voor Pathologische Anatomie en Bacteriologie te Weltevreden. 1889.

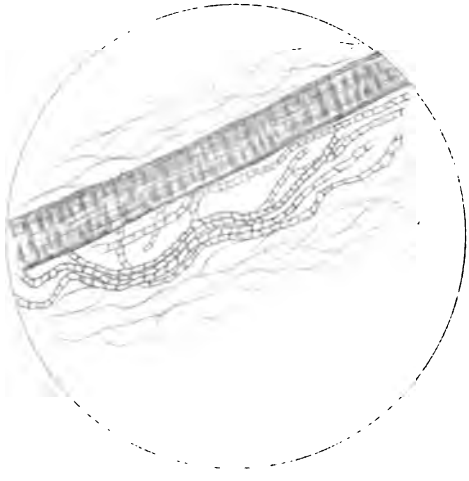
James C. White. A case of Keratosis (Ichthyosis) follicularis. *Journal of Cutaneous and Genito-urinary Diseases.*

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Digitized by Google





Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 8. 15. Oktober 1889.

Aus dem Laboratorium von Dr. Unna in Hamburg und Dr. Duclaux (Institut Pasteur) in Paris.

Untersuchungen über Reinkulturen des Herpes tonsurans-Pilzes.

Von

H. Leslie Roberts M. B.

Mit 3 lithographischen Tafeln.

Es sollen in diesen Zeilen einige Experimente beschrieben werden, welche ich zur Bestätigung der Duclauxschen Beobachtungen an Reinkulturen des Trichophyton angestellt habe. Als dieser Forscher[1] seine Untersuchungen ausführte, hatte Grawitz[2] einige Zeit zuvor eine Abhandlung veröffentlicht, in welcher er den Nachweis geliefert zu haben behauptet, dafs Trichophyton, Achorion, Mikrosporon furfur und Oidium albicans miteinander identisch seien, oder zum wenigsten, dafs sie Glieder einer und derselben Spezies seien, nur durch ihre Gröfsenunterschiede verschieden, und alle blofse Modifikationen des gewöhnlichen Oidium lactis.

Diese von Grawitz aufgestellten Schlüsse wurden von der französischen Schule nicht acceptiert, vielmehr in einem von Duclaux vor der Société de Biologie in Paris 1886 gehaltenen Vortrag als irrig zurückgewiesen.

Bevor ich aber auf die in diesem Aufsatz zu beschreibenden Unterguchungen eingehe, dürfte es angezeigt sein, eine kurze Übersicht der segenwärtigen Lage und Verhältnisse der Trichophyton-Frage zu geben.

Seitdem Remak das Vorhandensein eines Pilzes in der menschlichen Haut im Jahre 1836 zuerst nachwies, und Malmsten und Gruby den Fungus des Herpes tonsurans im Haar, Hebra denselben zwischen den Epidermiszellen entdeckten (1845), seit dieser Zeit haben sowohl Botaniker als Dermatologen sich unausgesetzt bemüht, die Spezies des Trichophyton-Fungus festzustellen.

Von Robin wurde derselbe zu den Torulaceen gezählt, neben den Oidien eine Abart der Arthrosporen. Indessen wurde kein bedeutender

[1] Soc. de Biologie. 16. Januar. 1886.
[2] *Virchows Archiv.* Bd. 70. 1877; Bd. 81. 1881.

Digitized by Google

weiterer Fortschritt erzielt, bis die Methoden der jetzt in so grofsem Umfang betriebenen Züchtung in Reinkultur von PASTEUR und KOCH zum Studium der Mikroorganismen eingeführt wurden. Einer der ersten Forscher, welche sich dieser verbesserten Methoden bedienten, war GRAWITZ, dazumal in Berlin. Er züchtete Trichophyton, Achorion und Oidium albicans und lactis auf Gelatine, Agar-Agar und andern festen Nährböden, und die von ihm gezogenen Schlüsse, auf welche wir oben hingewiesen haben, begegneten seitens der Botaniker und Dermatologen in Deutschland und England viele Jahre lang keinerlei Widerspruch.

In Frankreich dagegen wurde, wie schon vorhin erwähnt wurde, diese Auffassung nicht geteilt, und in Österreich vertrat NEUMANN die Ansicht, dafs der Fungus des Herpes tonsurans nicht nur als identisch mit Achorion aufzufassen ist, sondern sogar dafs beide nur Modifikationen des gewöhnlichen Penicillum darstellen. In England sind MALCOLM MORRIS und HENDERSON zu demselben Schlusse gelangt. THIN dagegen hat nach seinen Beobachtungen an Gelatinekulturen die Ansicht ausgesprochen, dafs der Trichophyton ein Fungus sui generis sei, nicht eine blofse Modifikation eines der gewöhnlichen Schimmelpilze.

Die Ursache dieser Meinungsverschiedenheiten leuchtet sofort ein, wenn wir uns erinnern, dafs die Klassifizierung der Kryptogamen wie der Phanerogamen sich wesentlich nach der Art der Fortpflanzungsorgane richtet, und dafs vor der Ausführung der DUCLAUXschen Experimente am Fungus des Herpes tonsurans derartige Organe noch gar nicht zur Beobachtung gelangt waren. Allerdings will GRAWITZ die Entwickelung von Fortpflanzungsorganen an einer seiner Kulturen beobachtet haben, indessen es waren dieselben auf seine Platten- und Objektträgerkulturen beschränkt.

QUINCKE, der Reagensglaskulturen und Züchtungen auf ähnlichen festen Medien beobachtete, war nicht imstande, dieselben hervorzubringen, und meine eigenen Kulturen, welche ich auf ähnliche Weise in Dr. UNNAS Laboratorium ausführte, entbehrten stets der wahren exogenen Sporen.

Dagegen hat DUCLAUX durch Anwendung flüssiger vegetabilischer Media unter strenger Beobachtung aller der modernsten bakteriologischen Kautelen die Entwickelung einer wohlmarkierten, aëroben Fruchtbildung an diesem Fungus hervorgebracht. Seine Experimente wurden 1887 von VERUJSKI[3] bestätigt, sowie durch weitere von mir selber in DUCLAUXS Laboratorium im Institut PASTEUR im Jahre 1888 angestellte Untersuchungen des weiteren bekräftigt.

---

[3] *Annales de l'Institut Pasteur.* No. 8. Aug. 25. 1887.

Digitized by Google

Die bei meinen Kulturen verwendeten Nährmedien waren hauptsächlich zuckerhaltiger Malzaufguſs und alkalische Rindfleischbouillon. An Stelle von Reagensgläschen kamen Pasteursche Kochflaschen in Anwendung (Taf. III, Fig. 1) und wurde eine jede derselben mit ca. 10 ccm der sterilisierten Flüssigkeit beschickt. Die Details der Bereitung und Sterilisierungdieser Nährflüssigkeiten sind so wohlbekannt, daſs eine Wiederholung an dieser Stelle überflüssig wäre.

I. Aussaat und Wachstum der Trichophytonsporen.

Sporen des Trichophyton wurden einem charakteristisch ausgeprägten Fall von Herpes tonsurans der menschlichen Kopfhaut im Hôpital St. Louis in Paris entnommen. Nachdem die erkrankte Hautpartie mit einer wässerigen Lösung von Sublimat (1 : 200) gereinigt worden war, wurden mit einer sterilisierten Pinzette mehrere kurze Haarstümpfe ausgezogen, und die kolbigen Enden mit einer ausgeglühten Schere abgeschnitten, derart, daſs dieselben direkt in eine entsprechende Anzahl der mit Malzaufguſs oder Rindfleischbouillon beschickten Kochflaschen hineinfielen. Nachdem eine genügende Anzahl Flaschen in dieser Weise bestellt worden waren, wurden dieselben im Laboratorium im Brutofen bei 30 ° C. aufgestellt.

a. Makroskopische Veränderungen: Ungefähr nach Ablauf von 24 Stunden sieht man an allen Seiten des Haarkolbens farblose, ca. 1 mm lange Fäden ausstrahlen. Der Kolben selbst zeigt dabei eine gelbe Farbe. Nach einigen Tagen ist dieses primäre Gebilde zu einem farblosen Mycelbüschel von 3—4 mm Länge ausgewachsen, wobei gleichzeitig zahlreiche sekundäre Kolonien, die so klein sind, daſs sie nur als ebensoviele in der klaren Flüssigkeit schwebende Stäubchen erscheinen, sich entwickelt haben. Die einzelnen Büschel treffen im weiteren Verlauf der Entwickelung miteinander zusammen und verwachsen an den Randpartien, so daſs zusammengesetzte Kolonien von ca. 1 cm im Durchmesser sich entwickeln. Wenn dieselben oder irgend welche der Einzelkolonien sich bis an die Oberfläche erheben, so bedeckt sich der dem Einfluſs der Luft ausgesetzte Teil sehr schnell mit einem schneeweiſsen Pulver. Von oben gesehen bietet die Oberfläche Ähnlichkeit mit einer Membran dar, denn sie ist flach und kreisförmig. Gegen das Zentrum der älteren Kolonien zu läſst sich eine bräunliche Färbung an dem der Oberfläche der Nährflüssigkeit zunächst gelegenen Mycelium erkennen, und die vorher schneeweiſse Oberfläche nimmt manchmal einen Stich ins gelbliche an. Wenn die primäre Impfung eine erfolgreiche war, so bleibt die Flüssigkeit während der ganzen Lebensdauer des Fungus völlig klar, nur nimmt dieselbe eine etwas dunklere Färbung an.

b. Mikroskopische Beobachtungen. Unter einer schwachen

Digitized by Google

Vergrößerung erscheint ein 3 Tage altes Mycel (Fig. 3) regelmäßig gefächert und mit gekörntem Protoplasma reichlich ausgefüllt.

Das Wachstum ist ein monopodiales, indem die Tubuli an den Enden fortwachsen, während gleichzeitig eine Reihenfolge von Seitenzweigen, meistenteils im rechten Winkel zu dem Stammschläuchchen gestellt, abgegeben werden. Schon in diesem frühen Entwickelungsstadium des Pilzes sind die ampullenartigen Erweiterungen der Schläuche, über welche eine so lebhafte Diskussion sich entsponnen hat, zu erkennen. Duclaux vertritt die Ansicht, daß ihr Vorkommen an ein Ausgenutztsein der Nährflüssigkeit gebunden sei, und daß sie somit den älteren Gebilden eigen seien, und in der That sind sie im frischen Mycel weniger zahlreich vorhanden als im ausgewachsenen. Ferner findet man sie in den auf peptonisierter Gelatine in Reagensgläschen gezüchteten Trichophytonkolonien, worauf schon Quincke und Grawitz hingewiesen haben. Sie kommen an zwei Stellen vor, einmal an den Enden der Mycelschläuche und zweitens in deren Kontinuität, wobei sie in ovaler Form in der Nähe eines Septums angetroffen werden. Gewöhnlich sind sie mit einer körnigen Masse angefüllt. Gegenwärtig ist man mehr geneigt sie als Sporen des Myceliums, die unter gewissen Umständen imstande sind generative Funktionen zu übernehmen, aufzufassen. Vollständig zurückweisen läßt sich diese Auffassung nicht. Ein Analogon dazu bildet z. B. der Fungus des Secale, der im Anfang des Frühlings endogene, in Kapseln eingeschlossene Sporen produziert und erst im weiteren Verlauf die zum Hervorbringen des Ergotins geeigneten nackten Sporen entwickelt. Doch darf man nicht vergessen, daß weitere Beweismittel beigebracht werden müssen, ehe diese Hypothese als Thatsache gelten kann.

Über die Veränderungen, welche am Mycel vorgehen, wenn dasselbe im Begriff ist, sich zu vermehren, gibt die Fig. 5, Taf. V Aufschluß. Die Schläuche erleiden eine allgemeine Vergrößerung und rapide Segmentierung, wodurch eine deutliche Ähnlichkeit mit einer Perlenschnur entsteht. Diese intermediäre Veränderung am Mycel ist so charakteristisch, daß man den Eindruck gewinnt, als handle es sich hier um eine wirklich neue Art von Fungus (Grawitz).

Diese Erscheinung ist keine spezielle Eigentümlichkeit, der Züchtungen auf künstlichem Nährboden, denn ich habe ganz dasselbe an den durch Tinea circinata hervorgerufenen Schuppen beim Meerschweinchen und an der menschlichen Haut beobachtet. Balzer[4] geht sogar einen Schritt weiter, indem er sie als „Sporen“ beschreibt, aus denen sich die

[4] F. Balzer, Recherches histologiques sur Favus et Trichophytie. *Archiv. générales de Médecine.* Oktbr. 1881.

Digitized by Google

Pflanzen in dem oberflächlichen Epithel der Haut in den Fällen von Tinea circinata wieder entwickelt haben.

Das Aussehen des aëroben oder generativen Teils der Kolonie ist in der Figur 3 gut wiedergegeben.

Das Mycel ist jetzt viel feiner geworden, die Abteilungen sind klein und zeigen an einigen der Schläuche eine längliche Gestalt und abgeplattete Wände, während an andern wiederum Ausbuchtungen zu erkennen sind. Manchmal sieht man einen endständigen, als Fruchtboden dienenden Faden als Ampulle enden. Die Sporen wachsen meistenteils symmetrisch, als birnenförmige Gebilde, die mit ihrem spitzen Ende an die Aufsenwand des Schlauches angeheftet sind. Gelegentlich ragen auch einzelne Sporen aus der Wand der terminalen Ampulle hervor.

Diese Art der Fortpflanzung läfst an eine Verwandtschaft des Trichophyton mit den Raupen tötenden Pilzen, Cordyceps und Botrytis bassiana denken; doch bleibt es allerdings zweifelhaft, ob man berechtigt ist, den Trichophyton-Fungus zu den Askomyceten, zu denen die Cordyceps und Botrytis bassiana gehören, auf Grund dieser Übereinstimmung hinzuzurechnen. Das charakteristische Merkmal der Botrytisgruppe ist die Bildung einer Oospore, einer geschlechtlich differenzierten Spore. So viel wir wissen, ist dieses freilich nicht die gewöhnliche Entwickelungsweise der Trichophytonsporen, doch hat Duclaux die Beobachtung gemacht, dafs benachbarte Fäden sich miteinander verschlingen, wodurch eine geschlechtliche Spore zustande kommen kann.

Möglicherweise sind thatsächlich die oben beschriebenen Ampullen ihrer Natur nach Asci, wodurch ein weiteres Bindeglied zwischen den Askomyceten und dem Herpes tonsurans-Pilze gegeben wäre, indessen kann, bis wir weiteren Aufschlufs über diese Frage erhalten, ein Zusammenhang zwischen den beiden nur als vorläufige Mutmafsung angenommen werden.

II. Impfversuche.

Der Beweis, dafs der auf diese Weise gezüchtete und in diesem Aufsatz beschriebene Pilz zweifelsohne Trichophyton tonsurans war, ist dadurch gegeben, dafs ein echter Herpes tonsurans auf der Haut eines Meerschweinchens, welches unter allen nötigen Kautelen mit Teilen einer Reinkultur des Pilzes geimpft war, erzeugt wurde. Ungefähr acht Tage nach der Impfung fing die Epidermis an dem inokulierten Gebiete sich zu schuppen an, was im weiteren Verlauf zu der Bildung eines runden, mit kreideweifsen Schuppenkonkrementen bedeckten Fleckes, an dem die gelockerten Haare leicht und schmerzlos ausgezogen werden konnten, führte.

Das Aussehen eines solchen Haares unterm Mikroskop ist in Fig. 6,

Digitized by Google

Taf. V wiedergegeben. Eine frische mit Malzaufguſs beschickte Kochflasche wurde mit einigen dieser Haare geimpft, worauf sich eine in allen Stücken den Originalkulturen ähnliche Pilzkolonie entwickelte.

Eine unter strenger Befolgung aller bakteriologischen Vorsichtsmaſsregeln an meinem eigenen Arm ausgeführte Impfung erzeugte zunächst einen roten Fleck, an dem die Follikel geschwollen waren. Die Stelle juckte nicht und bot auch sonst damals keine Ähnlichkeit mit der gewöhnlichen Beschaffenheit einer beginnenden Tinea circinata dar. Später jedoch, nachdem die Affektion beinahe ganz verschwunden war, fing sie wieder sich zu verbreitern an, bis sich eine rotgefärbte, im Zentrum blassere, mit erhabenen Rändern umgebene Stelle entwickelt hatte. Jetzt war die Identität mit einem gewöhnlichen Tinea circinata-Fleck deutlich zu sehen, und wurde dies von einigen hervorragenden Dermatologen bestätigt.

Wenn man Trichophyton vom Standpunkt der Duclauxschen und Verujskischen Beobachtungen aus betrachtet und dabei unsere früher damit gemachten Erfahrungen berücksichtigt, so kommt man zu dem Schluſs, daſs der Trichophytonpilz die Eigenschaft besitzt, je nach der chemischen und physikalischen Beschaffenheit des verwendeten Nährbodens in bezug auf Gestalt und Wachstumsenergie bedeutende Unterschiede darzubieten. Ist der Nährboden fest und stickstoffhaltig, so entwickelt sich nur ein Thallus oder Trichophytonmycelium, das nicht befähigt ist, auf kutanen Geweben weiter zu wachsen. Nimmt man dagegen ein dünneres Nährmittel, namentlich ein zuckerhaltiges, so gelingt es, denselben Pilz zu einem feinen gefächerten Thallus mit differenzierten Fortpflanzungsorganen auswachsen zu lassen, wobei derselbe im stande ist, sowohl beim Menschen als auch bei Tieren auf der Haut weiter zu wachsen und die als Herpes tonsurans bekannte Krankheit zu erzeugen. Um diese höhere Entwickelung hervorzubringen, ist nicht nur eine flüssige Beschaffenheit des Nährbodens erforderlich, sondern es kommt auch auf die chemische Natur desselben an. Verujski hat durch Experimente bewiesen, daſs Glukose als das für Trichophyton geeignete Nährmittel zu bezeichnen ist, nicht, wie früher angenommen wurde, ein proteid- oder stickstoffhaltiger Körper. Die Erkenntnis dieser Thatsachen gibt die Lösung der sonst schwer erklärlichen Beobachtung, daſs das Trichophyton im Epithel der Körperhaut niemals differenzierte Fortpflanzungsorgane entwickelt. Dasselbe ist so zu sagen ein fremdartiger Boden, in welchem der Tonsuranspilz vegetiert aber sich nicht weiter bildet. In diesem Gewebe pflanzt sich der Pilz durch Schwellung, Einschnürung und schlieſsliche Ablösung von Fäden fort, wie dies von Balzer schon in dem oben erwähnten Werke beschrieben wurde; in den Haaren und deren Follikeln dagegen wird das Leben des Pilzes wahrscheinlich durch eine

Digitized by Google

hefeartige Segmentierung dieser ursprünglich durch Querteilung der Mycelfäden entstandenen Sporen weiter entwickelt.

Ich kann diesen Aufsatz nicht abschliefsen, ohne Herrn Dr. P. G. Unna wegen seiner stets bewährten Liebenswürdigkeit und freundlichen Unterstützung meinen tiefgefühlten Dank auszusprechen, desgleichen den Herren Professor Duclaux und Fernbach, ohne deren freigebige Unterstützung ich vielleicht nicht im stande gewesen wäre, diese Arbeit auszuführen.

Erklärung der Tafeln.

[Durch ein Versehen ist die Erklärung der Abbildungen auf den Tafeln selbst, welche in England hergestellt wurden, in englischer Sprache abgedruckt worden.]

Tafel III.

Fig. 1. Pasteurs Flasche. 1/3 natürliche Gröfse.

„ 2. Mycelium von einer 3 Tage alten Kultur des Trichophyton in Malzaufgufs.

Tafel IV.

Fig. 3. 7 Tage alte Kultur des Trichophyton aus Malzaufgufs im Stadium der Fruktifikation.

„ 4. 8 Tage alte Kultur des Trichophyton ohne Fruktifikationsorgane (innerhalb der Flüssigkeit).

Tafel V.

Fig. 5. 8 Tage alte Kultur. Kolonie innerhalb der Flüssigkeit gewachsen. Im Zentrum sind die Fäden geschwollen und in Kügelchen verwandelt. Gröfsere Zellen am Ende derselben.

„ 6. Haar eines Meerschweinchens mit Fäden des Trichophyton von einem künstlich eingeimpften Flecke.

Digitized by Google

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über die Natur der von Zander im embryonalen Nagel gefundenen Körnerzellen.

Von

S. Pollitzer, A. M. M. D.,
Assistenzarzt.

Wir verdanken der sorgfältigen Studie von Zander über die Entwickelung des menschlichen Nagels[1] die Kenntnis der interessanten Thatsache, dafs das primitive Nagelbett vom vierten Monat an eine Lage flacher, spindelförmiger Zellen aufweist, welche Körner enthalten. Mit Rücksicht auf die Thatsache, dafs diese Körner sich mit Säurefuchsin gut färben, und den Umstand, dafs anderer Farbreaktionen dieser Körner keine Erwähnung geschieht, sowie nach dem allgemeinen Tenor der Beschreibung überhaupt erscheint der Schlufs gerechtfertigt, dafs Zander diese Körner als dem embryonalen Nagel eigentümlich und von den bekannten Körnern der Körnerschicht des Erwachsenen verschieden betrachtet. Jedenfalls wurde dieser Schlufs von Unna[2] in seiner Kritik der Zanderschen Arbeit — und nach den Zanderschen Angaben mit Recht — gezogen.

Kölliker[3] sagt allerdings in seiner letzten Arbeit über die Entwickelung des menschlichen Nagels, dafs diese Körner in mancher Hinsicht dem „Eleidin" des Erwachsenen entsprechen. Da er dieselben jedoch nicht eingehend auf ihre Farbreaktionen geprüft hat und sich demgemäfs auch nicht definitiv über Zanders Auffassung ihrer Sonderstellung äufsert, so sehen wir, dafs die Frage nach ihrer eigentlichen Natur eine noch offene ist.

Im Verlaufe anderweitiger Studien über den Nagel machte ich einige Beobachtungen, welche vielleicht imstande sind, der bisherigen Unklarheit auf diesem Gebiete ein Ende zu machen. Die Präparate, auf welche die folgenden Bemerkungen basiert sind, stammen von einem frischen Embryo von 14 Wochen, welcher gut in Alkohol gehärtet war.

Ich betrachte die Zanderschen Körner als identisch mit Keratohyalin. Sie färben sich ausgezeichnet gut mit Ranviers Pikrokarminat, wobei sie eine tiefrote Farbe annehmen. Mit Hämatoxylin

---

[1] *His u. Brauns Archiv.* 1884. pag. 103. Ebenda 1886. pag. 273.
[2] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. 1889. No. 2.
[3] *Zeitschr. f. wissenschaftl. Zoologie.* Bd. 47. Heft 1. pag. 5.

Digitized by Google

nehmen sie nach der von UNNA wiederholt als beste Reaktion angegebenen Methode (Überfärben mit BÖHMERS Hämatoxylin und Entfärben in Eisessig) eine blauschwarze Färbung an. Dagegen färben sie sich nicht mit den von BUZZI[4] aufgefundenen Färbemitteln des Eleidins. Hämatoxylin und Pikrokarminat eignen sich meiner Meinung nach auch viel besser, um diese Körner zu demonstrieren, als die Säurefuchsinmethode, welche ZANDER, wie es scheint, ausschliefslich angewendet hat. Die letztere hat jedoch den Vorzug, dafs sie ein anderes Element des sich entwickelnden Nagels, auf welches ich gleich näher eingehen werde, sehr gut zur Anschauung bringt.

In bezug auf die Identitätsfrage der Körner mit Keratohyalin sei nur noch erwähnt, dafs sie innerhalb der Zellen genau dieselbe perinukläre Lage einnehmen wie die Körner der Zellen des Stratum granulosum.

Unmittelbar über den körnigen Zellen beschreibt ZANDER eine Schicht von fast homogenen Zellen, die sich mit Säurefuchsin in toto tiefrot färben. ZANDER betrachtet diese Schicht als den primitiven Nagel. KÖLLIKER scheint dieser Ansicht sich zuzuneigen, während UNNA mit HENLE und BROOKE dieselbe als das Eponychium ansieht, unter welcher der primitive Nagel intraepithelial entsteht. Verschiedene Umstände veranlassen mich, diese letztere Anschauung für die richtige zu halten.

Die homogene Schicht färbt sich mit Säurefuchsin genau wie die basale Hornschicht (Stratum lucidum) des Erwachsenen und Neugeborenen und anders wie die völlig entwickelte Nagelsubstanz. Sie nimmt nämlich eine dunkle, burgunderrote Farbe an, während der Nagel des Erwachsenen, Neugeborenen und eines 7monatlichen Embryos, den ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, sich heller rot färbt. Durch RANVIERS Pikrokarminat wird die homogene Schicht tief rot gefärbt wie die basale Hornschicht, während bekanntlich die Nagelsubstanz hierbei eine gelbe Tinktion annimmt. Ich glaube daher berechtigt zu sein, die homogene Schicht zusammen mit den darüber liegenden, zum Teil im Fruchtwasser gequollenen Zellen als Eponychium aufzufassen, dessen Stratum basale (lucidum) sie darstellt. Und weiter erscheinen mir naturgemäfs die körnigen Zellen darunter als das dazugehörige Stratum granulosum, so dafs der ganze Verhornungsprozefs hier bereits in genau derselben Weise verläuft wie später in der Haut des Ewachsenen.

Ein besonderes Interesse gewinnt diese Darlegung, wenn wir sie mit den neuerdings von PAVLOFF[5] erhaltenen Resultaten über das erste Auftreten des Keratohyalins beim Menschen in Beziehung bringen. Es ergibt sich, dafs das Keratohyalin auf dem Nagelbette weit früher auftritt als

---

[4] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. VIII. 1889. No. 1 u. 4.
[5] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. IX. 1889. No. 7.

Digitized by Google

irgendwo sonst, aber hier bereits wieder verschwindet, wenn seine Ausbildung an der ganzen Haut in den späteren Monaten des Fötallebens beginnt. Ich wenigstens finde die Körner nicht mehr am Ende des 7. Monats unter dem dann schon vorhandenen Nagel, im Gegensatz zu ZANDER[6], welcher sie unter dem proximalen Ende des Nagels im Nagelfalze noch bis zum Ausgange der Schwangerschaft konstatiert. Beim 7monatlichen Fötus wird das ganze Nagelbett bedeckt von dem völlig ausgebildeten Nagel, der sich wie der des Erwachsenen färbt; ein Stratum lucidum existiert zu dieser Zeit nicht mehr.

Wir haben mithin hier die vorzeitige Entwickelung einer wahren Hornschicht vor uns, die ganz nach dem Typus der Hornschicht des Erwachsenen gebaut ist. Wenn unter derselben der definitive, intraepithelial entwickelte Nagel (HENLE, UNNA, BROOKE) hervorwächst, hört die Weiterentwickelung dieser hornigen Bildung auf. Die Schicht körniger, keratohyalinhaltiger Zellen verschwindet. Die homogene Schicht (Stratum lucidum) wird zur Hornschicht und diese bildet das Eponychium, welches den Nagel noch in den späteren Fötalmonaten bedeckt.

Aus der dermat. Universitäts-Klinik von Prof. SCHWENINGER in Berlin.

Ein Beitrag zur Histologie des Lupus erythematosus.

von

Dr. med. MIETHKE.

Nachfolgende histologische Untersuchungen über Lupus erythematosus sind von mir auf Anregung des Herrn Prof. Dr. SCHWENINGER in dem Laboratorium der dermatologischen Universitäts-Klinik angestellt worden. Sie betreffen einen Fall, der klinisch manches Interessante darbietet, weshalb ich dessen Krankengeschichte hier vorausschicke.

AUGUSTE B., Näherin, 29 Jahre alt, wurde am 25. Febr. 1889 in die Königliche Charité aufgenommen. Mutter der Pat. lebt und ist gesund, desgleichen 4 Schwestern. Der Vater ist vor 5 Jahren an Magenkrebs gestorben. Kein Angehöriger der Familie ist mit demselben oder mit einem ähnlichen Leiden behaftet. Als einjähriges Kind litt Pat. an einem Ausschlag, der sich nach dem erstmaligen Anlegen von Ohrringen

[6] Es ist wohl nicht anzunehmen, dafs ZANDER hierbei das bekannte Vorkommen des Keratohyalins an der Decke des Nagelfalzes zu dieser Zeit im Auge hat.

Digitized by Google

vom Ohr aus über Gesicht und Kopf verbreitete. Dieses Leiden bestand ein Vierteljahr lang und heilte dann nach Anwendung eines Streupulvers. In ihrem 9. Lebensjahre hatte Pat. die Masern zu überstehen und im Jahre 1871 die Pocken. Die Menses traten im 15. Lebensjahre zum erstenmale ein, waren zu Anfang reichlich, wurden aber mit der Zeit immer spärlicher, obgleich sie eine Woche lang anhielten.

Das jetzige Leiden begann vor 12 Jahren. Nach einer Tanzfestlichkeit nahm an einer kleinen Stelle des Hinterhauptes der krankhafte Prozefs seinen Anfang und verbreitete sich ganz allmählich über die ganze behaarte Kopfhaut. Seit 5 Jahren ist auch das Gesicht befallen, und zwar zeigten sich die ersten Eruptionen wiederum nach einem Tanzkränzchen. Vor 3 Jahren trat ein ähnlicher Ausschlag auch in der Umgebung des Nabels auf und vor 2 Jahren an den Genitalien. Im Bereiche des Ausschlages auf dem Kopfe ging das Haar gleichzeitig mit dem Umsichgreifen der Krankheit aus.

Das Fortschreiten derselben ging nach Angabe der Pat. in der Weise vor sich, dafs an der Übergangsstelle der gesunden Haut in die kranke sich ein roter Fleck bildete, der sich langsam in die Fläche ausbreitete. Derselbe bedeckte sich dann später mit Schuppen, die beim Abheben Fortsätze in die Tiefe der Haut erkennen liefsen. Nässende Stellen werden, wie Pat. mit Bestimmtheit angibt, nur durch etwaiges Kratzen hervorgerufen. Dann verschwinden die Schuppen und unter ihnen tritt eine gerötete, etwas erhabene Stelle zutage. Dieselbe beginnt dann nach 3—4 Wochen sich wieder stärker zu röten und von neuem mit Schuppen zu bedecken, die wieder abfallen etc.

Pat. hat die Beobachtung gemacht, dafs diese Rötung etwa 8 Tage vor der Menstruation eintritt. Während dieser Zeit ist ihr Allgemeinbefinden etwas gestört, Pat. ist dann besonders leicht erregbar, der Schlaf unruhig. Mit Eintritt der Menstruation verschwinden diese Symptome wieder.

Pat. ist bereits von den verschiedensten Ärzten mit den verschiedensten Mitteln behandelt worden. Seit 5 Jahren bis zu ihrer Aufnahme in die Königl. Charité befand sie sich in der Behandlung eines hervorragenden Dermatologen Berlins. Von angewendeten Mitteln weifs Pat. anzugeben: Karbolsäure, Sublimat, Chrysarobin, Hebrasche Salbe, Zinksalbe, Sie ist ferner häufig kauterisiert worden. Alle bisherigen Mittel haben dem Fortschriten des Übels nicht zu steuern vermocht.

Status vom 25. Febr. 1889. Von dem Ausschlag befallen ist der gröfste Teil der behaarten Kopfhaut, welche die Haare bis auf einen kleinen Schopf über die Mitte der Stirn verloren hat, beide Ohren, die Nase, ein Teil der Stirnhaut, die Wangen, die Umgebung des Mundes, dann die Umgebung des Nabels in der Ausdehnung zweier Handflächen und die äufseren Genitalien.

Man sieht namentlich am Rande der erkrankten Stellen gerötete Flecke, die zum Teil mit Schuppen bedeckt, zum Teil frei von denselben sind. Auf der Kopfhaut finden sich zahlreiche Narben. In der Umgebung des Nabels sind die roten Flecke zu einer grofsen, gleichmäfsig aussehenden Partie konfluiert, die gröfstenteils mit Schuppen bedeckt ist. Die Erkrankung der Genitalien bietet dasselbe Bild.

25. Febr. Behandlung:

Rechte Gesichtshälfte:	Sol. acid. pyrogallic. 10 : 100.
Linke „	Unguent. Hydrarg. alb.
Rechte Kopfhälfte:	Sol. Chrysarobini 10 : 100.
Linke „	Quecksilbersalbenmull.
Um den Nabel:	Chrysarobinpflastermull.
Genitalien:	Ungent. Hydrarg. alb.

Digitized by Google

14. März:

Kopf:	Chrysarobinspiritus 10 %.
Gesicht:	Pyrogallusspiritus 10 %.
Nabelgegend und Genitalien:	Unguent. Hydrarg. alb.

5. April:

Hinterkopf:	Einpinselung mit 1%iger Hydroxylaminlösung
Gesicht und übrige erkrankten Teile:	Pyrogallussäurespiritus 10 %.

25. April: Auf dem Kopfe, an den Wangen und am Kinn ist der Ausschlag verschwunden, und zwar sind am Kopfe die betreffenden Stellen von einer hellroten glänzenden Haut bedeckt, während die Haut der Wangen und des Kinns annähernd normal aussieht. Nur um beide Ohren und die Stirn besteht der Ausschlag noch mit Borken und Schuppen, die durch die Medikamente schwarz gefärbt und schmerzhaft sind. Dasselbe ist an der Nase, den Oberlippen, sowie am Nabel und an den Genitalien der Fall. Ein Weitergreifen der Erkrankung läfst sich nicht erkennen.

18. Mai: Die Flecke um den Nabel sind frei von Krusten. Die Haut ist nur noch leicht infiltriert, etwas gerötet. Die Stellen ad pubes sind noch stärker mit abschilfernder Epidermis bedeckt, mehr hellrot gefärbt.

9. Juni:

Hinterkopf, rechts:	Pyrogallussäurepflastermull mit Morph. muriat.
„ links:	Pyrogallussäurepflastermull.

12. Juni:

Nabelgegend:	Pyrogallussäurepflastermull.
Pubes:	Pyrogallussäurepflastermull mit Morph. muriat.

18. Juni:

Hinterkopf und Kinn, rechts:	Pyrogallussäurepflastermull.
„ links:	Pyrogallussäurepflastermull mit Morph. muriat.

22. Juni:

Kinn, Nase, linkes Ohr:	Pyrogallussäurepflastermull mit Morph. muriat.
Abdomen:	Pyrogallussäurepflastermull.

20. Juli: Die Ränder der ergriffenen Flächen am Kopfe, besonders am Hinterkopf, sind glatt und ziemlich frei von Knötchen, Flecken und Schuppen, ebenso sind die Flächen selbst fast abgeheilt. Die Stelle um den Nabel ist fast vollständig gesund, nur hin und wieder findet sich ein roter Fleck mit leichter Schuppung. Am wenigsten beeinflufst zeigen sich die Stellen an den Genitalien. Hier besteht noch lebhafte Schuppung etc. — Pat. verläfst die Anstalt.

Meine histologischen Untersuchungen wurden an Hautstückchen gemacht, die vom Handrücken, Nacken, Kinn und Nasenflügel herstammten, und wurden diese Stücke gerade am Rande der Effloreszenzen herausgeschnitten.

Alle Autoren[1], die histologische Untersuchungen über Lupus erythematosus angestellt haben, sind darüber einig, dafs der pathologische Prozefs seinen Anfang in der Cutis nimmt. Und deshalb will ich zuerst auf den histologischen Befund der Cutis an den mir vorliegenden Präparaten eingehen.

[1] Eine Angabe der Litteratur folgt am Schlusse der Arbeit.

Digitized by Google

An Stellen, die im übrigen wenig pathologische Veränderungen zeigten, fielen immer schon bei mittlerer Vergrößerung die Gefäße des Coriums und besonders die des Papillarkörpers durch ihre Erweiterung auf, so daß ein in seiner Längsrichtung getroffenes Kapillargefäß etwa ein Viertel der ganzen Breite einer senkrecht getroffenen Papille einnahm. Gefäßinhalt habe ich nur an vereinzelten Stellen in den Präparaten gesehen, und derselbe bestand dann aus Blutkörperchen, die bereits mannigfache Veränderungen eingegangen waren.

Wenn ein Gefäß in der Längsrichtung getroffen war, so stellten sich seine Grenzen nicht etwa als parallel verlaufend dar, sondern die Gefäßwände waren unregelmäßig in das offene Lumen hervorgewölbt und eingezogen, während Querschnitte durch die erweiterten Gefäße nicht rund oder oval erschienen, sondern von unregelmäßiger Gestalt, eingedrückt durch Hervorwölbungen, die von der Gefäßwand ausgingen.

Bei einer Betrachtung der Gefäße mit stärkerer Vergrößerung wurde es deutlich, daß die Hervorwölbungen in das Gefäßlumen ihren Grund in einer bedeutenden Anschwellung der Wandelemente hatten. Die Zellkerne waren stark vergrößert. Dieselben hatten bei Hämatoxylinfärbung eine intensiv blaue Farbe angenommen, während das entfärbte Protoplasma sich nicht genau beurteilen ließ. — Auf Präparaten, die ein weiteres Umsichgreifen der später zu beschreibenden pathologischen Veränderungen zeigten, habe ich dann gesehen, wie die Zellkerne der Endothelzellen sich nicht mehr so lebhaft mit Hämatoxylin färbten, wie ferner das Protoplasma ein hyalines Aussehen gewonnen hatte und bröcklich geworden war. Dabei erschienen die einzelnen Zellen in ihrem Zusammenhange gelockert, ja an Längsschnitten von Gefäßen habe ich Lücken zwischen den auskleidenden Zellen gesehen und zuweilen auf ganze Strecken ein Wegfallen derselben überhaupt. Das fernere Schicksal der Gefäße hüllte sich dann in das Dunkel der immer dichter werdenden Zellenwucherungen, und ließ sich innerhalb derselben nicht mehr verfolgen; höchstens deuteten noch unbestimmte Lücken den Ort ihrer einstmaligen Existenz an.

Was das Bindegewebe der Cutis anbetrifft, so fanden sich in den Maschen desselben Zelleneinlagerungen in geringerer oder reichlicherer Menge je nach dem Stadium, welches der Krankheitsprozeß erreicht hatte.

Diese Zelleninfiltration fand sich zuerst in der Umgebung der erweiterten Papillargefäße vor und zwar schon dann, wenn die übrigen Regionen der Cutis und die Umgebung des die Drüsen umspinnenden Kapillarnetzes frei von dieser Erscheinung waren. Und hatte sich der Prozeß weiter verbreitet und die ganze Cutis ergriffen, so zeigte sich die Infiltration in dem Papillarteil immer im Vergleich mit derjenigen der andern Teile des Coriums als die am weitesten vorgeschrittene. Ferner

Digitized by Google

war es auch immer der Papillarteil, der die später zu beschreibenden degenerativen Vorgänge der Infiltrationszellen und der Bindegewebsfasern zuerst zeigte.

Dafs die Zelleninfiltration mit den Gefäfsen in Verbindung steht, scheint mir nach den Bildern, welche ich gesehen habe, nicht zweifelhaft zu sein. Denn wenn dieselben nicht durch zu massenhafte Anhäufung von Zellen verwischt waren, so erschienen letztere immer als ein dichter, das Gefäfslumen umgebender Kranz.

Bezüglich der Form der Infiltrationszellen lieferten mir dünne, mit Hämatoxylin gefärbte Schnitte sehr interessante Bilder. Die intensiv blau gefärbten Zellenkerne waren von der verschiedensten Form. Selten nur zeigten sie eine runde Gestalt, sondern die gröfsere Mehrzahl erschien langgestreckt, spindelförmig, keilförmig, von Nierenform, unregelmäfsig dreieckig, zuweilen auch mit Fortsätzen versehen. Bei Betrachtung derselben mit Öl-Immersion konnte ich beobachten, wie in den Kernen von langgestreckter Form oft die zahlreich vorhandenen Kernkörperchen sich an beiden Polen des Kerns angesammelt hatten. Da ich aufser den wie eingeschnürt erscheinenden Kernen auch Bilder gesehen habe, wie ein kleinerer und ein gröfserer Kern dicht nebeneinander lagen, so glaube ich diesen Befund als eine indirekte Kernteilung deuten zu können. Das Verhalten des Protoplasmas liefs sich hierbei nicht beobachten, da es entfärbt schwer sichtbar war.

Die Zelleninfiltration fand ich nun auf Präparaten von der erkrankten Haut der Nase und des Kinns, an welchen Stellen die Krankheit schon seit Jahren ihren Sitz hatte, von so grofser Ausbreitung in den Papillen, dafs die neugebildeten Zellen in die tiefsten Schichten der Epidermis eingedrungen waren und von diesem eroberten Gebiete in der Weise Besitz ergriffen hatten, dafs zwischen ihnen nur noch einzelne Retezellen aufzufinden waren. Infolgedessen erschien an solchen Stellen die Grenze zwischen Epidermis und Cutis undeutlich und verwischt. Aber auch an tiefer gelegenen Teilen des Coriums habe ich in diesem Stadium der Erkrankung Plaques von der Ausbreitung und Dichtigkeit gesehen, dafs alle andern Gebilde der Cutis von denselben überwuchert waren.

Waren diese Zellenwucherungen nur noch von mäfsiger Ausdehnung, so liefsen sich in dem Verhalten der kollagenen Bündel des Bindegewebes keine Veränderungen wahrnehmen. Dieselben hatten einen welligen, deutlich zu verfolgenden Verlauf und färbten sich mit Pikrokarmin schön rot. Allein an Schnitten, die nur Zelleninfiltration in der Umgebung der Papillargefäfse zeigten, waren die Papillen dermafsen auf Kosten der Stachelschicht verlängert, dafs sie beinahe die Zellen der Körnchenschicht mit ihrem Gipfel erreichten. Diese Bindegewebshyperplasie in den Papillen gibt sich auch in später zu schildernden Veränderungen in den

Digitized by Google

Epithelschichten kund, so dafs ich hier notgedrungen den bekannten Refrain der histologischen Melodie mit anstimmen mufs.

Bei weiterem Fortschreiten des pathologischen Prozesses wurden zwischen den einzelnen Fibrillenbündeln gröfsere Spalten sichtbar. Später machten sich an ihnen, hauptsächlich im Papillarkörper, Erscheinungen der regressiven Metamorphose bemerkbar, gleichzeitig mit degenerativen Prozessen in den Zellenwucherungen.

Die Kerne der Granulationszellen färbten sich dann minder lebhaft mit Hämatoxylin, die Zellen erschienen im ganzen getrübt, fettig oder von durchsichtigem, glasigen Aussehen, die kollagenen Fasern waren in dicke, glasige und verquollene Stücke zerfallen, so dafs diese Stellen wirr durcheinander fettige und glasige Klumpen aufwiesen, Zerfallsprodukte der verschiedenen Gebilde, bis dieser Prozefs in Narbenbildung seinen Abschlufs fand.

Wie lose und wie wenig widerstandsfähig solche Partien des Gewebes geworden waren, liefsen öfters grofse Lücken erkennen, welche an diesen Stellen an der Grenze zwischen Cutis und Epidermis wahrscheinlich durch die Zerrung und Quetschung beim Herausschneiden entstanden waren und in welchen sich die Zerfallsprodukte sehr gut beobachten liefsen.

Ich komme nun zu der Darstellung der an den Schichten der Epidermis wahrzunehmenden Veränderungen. Sämtliche von mir angefertigten Präparate zeigten Veränderungen der Epidermis. Schon in dem Stadium der Erkrankung, wo eben eine Zelleninfiltration in der Umgebung der Papillargefäfse zu beobachten war, habe ich Wachstumsanomalien in den Zellen der Epidermisschichten bemerkt. Ich habe schon weiter oben erwähnt, dafs schon frühzeitig Wucherungen des Bindegewebes in den Papillen vorsich gehen, infolge deren dieselben verlängert erscheinen. An denselben Stellen aber waren auch die Zellen des Stratum spinosum in Proliferation geraten, so dafs sie sich in langen dünnen Zapfen, deren Zellen als Zeichen einer übermäfsigen Neuprodution kleine rundliche Formen zeigten, tief in das Corium hineinerstreckten. Über diesen Stellen waren die Zellschichten des Stratum granulosum, das normalerweise nur eine bis zwei Zellenlagen erkennen lassen soll, bis auf 4 oder 5 vermehrt, ohne dafs schon das Stratum corneum verdickt oder anderweitig verändert war.

Bei weiter vorschreitender Infiltration des Papillarkörpers mit neugebildeten Zellen habe ich immer mikroskopische Bilder erhalten, die ganz enorme Hyperplasien der Epidermiszellen zeigten. Dehnten sich die Papillen infolge der immer weiter um sich greifenden Wucherungen nach oben und nach den Seiten hin aus, so gaben ihnen anderseits die in Proliferation geratenen Stellen der Epidermis wenig nach, indem sie

Digitized by Google

bis in Regionen der Cutis vorgedrungen waren, in denen man sonst die am tiefsten gelegenen Teile der Haarbalgdrüsen anzutreffen pflegt. Und diese hyperplastischen Stellen habe ich in den verschiedensten Präparaten so häufig angetroffen, dafs ich ein längeres Bestehenbleiben der Epithelneubildungen bei Lupus erythematosus annehmen mufs und diese Beobachtung als eine neue denen andrer Forscher (Th. Veiel, Geber, Morison), die nur Verdickungen des Stratum corneum und in den übrigen Epidermisschichten nur Entartungserscheinungen beobachtet haben, hinzufügen kann.

An diesen Stellen fehlte die sonst zu beobachtende, tiefste Schicht regelmäfsig angeordneter cylindrischer Zellen. Dieselben waren ersetzt durch eine ziemlich breite Zone von Zellen, deren Kerne von unregelmäfsiger Form und verschiedener Gröfse Bilder der indirekten Kernteilung bei starker Vergröfserung erkennen liefsen. Vermöge der Eigenschaft der sich teilenden Mutter- sowie gleicherweise Tochterzellen, durch gute Kernfärbungsmittel, vor allem durch Hämatoxylin, besonders lebhaft tingiert zu werden (Unna), zeigte diese Zone eine intensive Färbung im Gegensatz zu den höher gelegenen Zellschichten des Stratum spinosum, in denen die Zellenkerne die Fähigkeit, Farbstoffe festzuhalten, verloren hatten und nur die Kernkörperchen gefärbt waren. Dabei waren die Zellen dieser Regionen grofs und aufgequollen, von rundlicher Form, fast immer mit einem deutlich erkennbaren Stachelmantel umgeben.

Das Strat. granulosum war an diesen Stellen verhältnismäfsig von noch gröfserer Mächtigkeit, so dafs ich 12 übereinanderliegende Schichten keratohyalinhaltiger Zellen unterscheiden konnte. Da dieselben so aufserordentlich frühzeitig Keratohyalinkörnchen aufgenommen hatten, so zeigten sie in der gröfsten Mehrzahl noch die Gestalt der mittleren Retezellen und wichen also auch in ihrer Form von der der normalen langgestreckten Zellen dieser Schicht ab.

Seitdem Buzzi gezeigt hat, dafs Keratohyalin und Eleidin zwei voneinander vollständig verschiedene Substanzen sind, ist es notwendig, bei pathologisch-anatomischen Untersuchungen der Haut das Verhalten dieser beiden Substanzen zu studieren. Unter der liebenswürdigen, persönlichen Leitung dieses Forschers habe ich nach den von ihm entdeckten Methoden Schnitte zur Erforschung des Eleidins mit Nigrosinsulfosäure und alkoholischem Alkannaextrakt gefärbt und gefunden, dafs das Eleidin in gleicher Weise wie das mit Hämatoxylin gefärbte Keratohyalin bedeutend vermehrt war.

Sehr auffallend waren an diesen Stellen der Neubildung epithelialer Elemente die Bilder, welche die Hornschicht darbot. Dieselbe war über den veränderten tiefer liegenden Schichten enorm verdickt und zwar in unregelmäfsigster Weise. Die einzelnen Lamellen verliefen regellos und

Digitized by Google

zeigten eine äufserst geringe Kohärenz untereinander, so dafs ganze Schichten derselben durch zwischen sie eingedrungene Massen von Blut, äufserlich angewandter Medikamente und Schmutzes von den tiefer liegenden Hornhautlamellen abgehoben waren. Öfters habe ich geschwollene Zellen in diesem Stratum gesehen, welche sich noch einen deutlich mit Hämatoxylin gefärbten Kern bewahrt hatten.

An manchen Stellen, die diese reichliche Hyperplasie von Epidermiszellen zeigten, habe ich einen eigentümlichen Verlauf des Verhornungsprozesses beobachtet. Ich bekam nämlich Bilder zu Gesichte, wie sich inmitten einer solchen Stelle mit einemmal eine aus zwiebelschalenförmig angeordneten Hornhautlamellen bestehende Einsenkung vorfand. Dieselbe war umgeben von einer sehr breiten Schicht keratohyalinhaltiger Zellen und liefs eine bedeutende Ansammlung von Eleidin erkennen. Dicht neben einer solchen Stelle war oft eine andre sichtbar, an welcher die Hornhauteinsenkung breiter geworden war, und ferner habe ich dann gesehen, wie sich dieselbe von der Umgebung mit Zurücklassung einer dünnen Hornschicht losgelöst hatte und aus der Vertiefung etwa bis zur Hälfte herausgehoben war.

Den Beschreibungen nach ähnliche, milienartige Gebilde sind von NEUMANN und anderen bei Lupus erythematosus beobachtet worden, aber stets in den veränderten Drüsen. Ich habe diese Erscheinungen an den Drüsen niemals gesehen, sondern diese eigentümlichen Hornhautgebilde waren immer von einer sehr breiten Schicht keratohyalinhaltiger Zellen und einer reichlichen Menge wohl charakterisierter Stachelzellen umgeben, und ich halte diese Gebilde für die Fortsätze, welche sich beim Abheben der Schuppen an denselben erkennen lassen. Neben diesen Stellen waren auch solche zu beobachten, welche die Zeichen hyperplastischer Vorgänge nicht an allen Schichten der Epidermis aufwiesen, und an denen die Körnerschicht nur mäfsig, die Hornschicht dagegen hochgradig verdickt war. —

Wenn ich Gelegenheit hatte, auf einem Präparate das Verhalten der Talgdrüsen zu studieren, so konnte ich fast immer eine Vergröfserung derselben wahrnehmen; und zwar war dieselbe nicht allein durch eine Ausdehnung in die Breite, sondern auch durch eine solche in die Tiefe zustande gekommen, so dafs ich öfters Acini im gleichen Niveau mit den verschlungenen Knäueln der Knäueldrüsen und noch tiefer gesehen habe.

In der Umgebung war regellos zuweilen eine ganz geringe, öfters aber eine sehr reichliche Zelleninfiltration des Bindegewebes zu bemerken, trotz der spärlichen Gefäfsentwickelung in der Nähe der Talgdrüsen. — Das Aussehen der Enchymzellen liefs auf einen gesteigerten Sekretionsprozefs schliefsen. Denn die Zahl der noch nicht der physiologischen

Digitized by Google

Verfettung anheimgefallenen Zellen war eine sehr geringe und oft waren dieselben nur in einer einzigen der Membrana propria aufsitzenden Schicht vorhanden.

Wenn ich diese Veränderungen mit Geber als die einfachste Erkrankung bezeichnen will, so habe ich auch die von diesem Forscher beobachteten schwereren, zerstörenden Prozesse an den Talgdrüsen gesehen. In der nächsten Umgebung einzelner hatte eine solche Wucherung von Granulationszellen stattgefunden, dafs letztere in das Innere der Acini, ähnlich wie in die Schichten des Rete, eingedrungen waren und die Enchymzellen stellenweise vollständig verdrängt hatten.

Geringer waren die an den Knäueldrüsen wahrzunehmenden Veränderungen. Was die Ausdehnung und Form derselben, Aussehen der einzelnen Zellen anbetrifft, so waren an ihnen keine Abweichungen von der Norm zu bemerken. Nur zeigte das Bindegewebe in ihrer Umgebung eine etwas reichliche Anhäufung neugebildeter Zellen.

Nach Abschlufs meiner histologischen Untersuchungen, die zwar nur einen einzigen Fall von Lupus erythematosus betreffen, aber an Hautstücken angestellt wurden, die verschiedenen Körperstellen entnommen waren und offenbar verschiedenen Stadien des Krankheitsprozesses angehörten, möchte ich die gewonnenen Resultate mit folgenden kurzen Worten zusammenfassen:

Der Krankheitsprozefs beginnt im Bindegewebe und zwar mit perivaskulärer Infiltration im Papillarkörper, später wird das übrige Corium ergriffen, mit einer gewissen Vorliebe aber die Umgebung der Talgdrüsen, obgleich dieselbe nicht reich an Gefäfsen ist. Der Infiltration folgt verhältnismäfsig schnell ein Stadium der Entartung und Zerfall. Darauf entstehen anatomisch und klinisch wahrzunehmende Narben.

Im Beginn der Infiltration im Corium gesellt sich zu derselben ein pathologischer Prozefs in der Oberhaut, mit Hyperplasie der gesamten Epidermisschichten und paratypischer Verhornung.

Die nach verschiedenen Methoden angestellten Untersuchungen auf Mikroorganismen hatten negative Resultate.

Am Schlusse meiner Arbeit verfehle ich nicht, Herrn Professor Dr. Schweninger für die Anregung zu derselben und für die gütige Überlassung des Materials, sowie Herrn Dr. Buzzi für seine Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.

Angabe der benutzten Litteratur:

1. Kaposi. Zum Wesen und zur Therapie des Lupus erythematosus. (*Archiv f. Derm. u. Syph.* 1869.)

Digitized by Google

2. Kaposi. Neue Beiträge zur Kenntnis des Lupus erythematosus. (*Arch. f. Derm. u. Syph.* 1872.)
3. Kaposi. *Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten.* 1887.
4. Isidor Neumann. *Lehrbuch der Hautkrankheiten.*
5. Geber. Zur Anatomie des Lupus erythematosus. (*Archiv f. Derm. u. Syph.* 1876.)
6. v. Ziemssen. *Handbuch der spez. Pathologie und Therapie.* Bd. 14.
7. H. v. Hebra. *Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde.* 1884.
8. Robert B. Morrison. Histologische Untersuchungen über Lupus erythematosus. (*Archiv f. Derm. u. Syph.* 1886.)
9. Buzzi. Keratohyalin und Eleidin. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. VIII.)
10. Kühnemann. Ein Beitrag zur Histologie von Verruca vulgaris. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. VIII.)

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut,

gehalten im Wintersemester 1888/89

von

P. G. Unna.

IV.

Stauungshyperämie.

Während wir die Wallungshyperämie definierten als eine Blutüberfüllung der Haut, bei welcher der Widerstand in der peripheren Blutbahn abnorm gering und der Blutstrom beschleunigt ist, verstehen wir unter Stauungshyperämie einen abnorm blutreichen Zustand, bei welchem der Widerstand gegen die Norm vergrößert, die Stromgeschwindigkeit aber herabgesetzt ist. Diese anatomischen Definitionen entsprechen allein genau den klinischen Begriffen des Erythems und der Cyanose und der Vorstellung des Praktikers, wenn er je nach der helleren, karminroten oder dunkleren blauroten Farbe sich richtend, von Fluxion oder Stauung redet. Haben wir oben die Begriffe „aktiv“ und „passiv“ für diesen Gegensatz von der Hand gewiesen, so muß hier betont werden, daß die ebenfalls häufig dafür gebrauchten Ausdrücke der „arteriellen“ und „venösen“ Hyperämie, wenn sie auch eigentlich nur die Farbe der Haut näher charakterisieren sollen, doch auch leicht Irrtümer zu erwecken geeignet

Digitized by Google

sind. Denn, wie wir sehen werden, sind bei manchen Formen der Cyanose auch die Arterien aktiv beteiligt, bei vielen die Venen ganz unbeteiligt.

Beim Zustandekommen der Wallungshyperämie spielte der Fortfall des Tonus der kleinen Arterien der Haut die gröfste Rolle. So verschiedenartig im einzelnen die Erytheme sein mochten, von diesem Punkte gingen fast alle aus, und die Ätiologie der Wallungshyperämie gestaltete sich daher im letzten Grunde zu einer einfachen. Die Verstärkung der Widerstände dagegen, welche zur Stauung führt, kann an den verschiedensten, ja man kann geradezu sagen, an allen Punkten der Blutbahn einsetzen, im kleinen und grofsen Kreislauf, rechten und linken Herzen, in den Arterien, Kapillaren und Venen. Trotz dieser vielgestaltigen Ätiologie ist das anatomische Substrat der Stauungshyperämie in der Haut ein ziemlich einfaches, wenn auch nicht gerade ein ganz gleichmäfsiges. Auch hier teilen wir die in Betracht kommenden Hyperämien in zwei Hauptabteilungen je nach dem mehr allgemeinen oder lokalen Charakter der Stauung.

Allen Stauungshyperämien gemeinsam ist das dunklere, bläuliche Kolorit, welches vom weifsbläulichen zum blauroten bis schwarzblauen variiert, und die kühlere, objektiv und oft auch subjektiv wahrnehmbare Temperatur. Häufig tritt eine ödematöse Schwellung des Gewebes hinzu, immer, wenn sich mit der Stauung eine arterielle Gefäfslähmung kombiniert, die für sich allein Wallung hervorrufen würde. Die Funktionen der Haut liegen meist darnieder, nur vermehrte Schweifssekretion verbindet sich mit manchen Stauungen. Aber Gewebshypertrophie findet sich auch nicht bei langem Bestande der Stauung, viel eher eine Druckatrophie des Gewebes und eine sehr vermehrte Vulnerabilität. So wie viele Wallungen (die nicht rein vasomotorischen) Vorläufer von Entzündungen sein können, gesellen sich zu hochgradigen Stauungen leicht Blutungen und Nekrosen.

Akute Cyanose hohen Grades folgt jeder anhaltenderen Suspension der Atmung bei fortarbeitendem Herzen, so bei der Asphyxie der Neugeborenen, bei jeder Art der Erstickung, beim Erhängen, bei der so häufigen spontanen Atmungssuspension Chloroformierter, bei überaus starken Hustenanfällen, wie beim Keuchhusten u. s. f. Chronische allgemeine Blausuchten höheren Grades setzen immer Hindernisse im Kreislaufe voraus, welche nicht im Körperarterienabschnitt liegen. Es handelt sich stets um hochgradige organische Herzfehler, meistens um Insufficienz der Mitralis und Stenose des linken venösen Ostiums. In zweiter Reihe führen chronische Lungenkrankheiten, wie die chronische Bronchitis, zu allgemeiner Cyanose, teils durch Vermehrung des Widerstandes im kleinen Kreislauf, teils durch Verminderung der normalen Saugwirkung der At-

Digitized by Google

mung auf die Blutsäule der Körpervenen. Sitzt das Hindernis der Zirkulation nur im arteriellen Teile der Blutbahn, handelt es sich um hochgradige Arteriosklerose, um Fettherz, ausgedehnte Schwielen des Herzfleisches oder andere Schwächungen der Herzmuskulatur, so tritt gewöhnlich keine allgemeine Blausucht auf, sondern eine partielle an denjenigen Stellen der Haut, welche spitze Hervorragungen der Körperoberfläche bilden. Die blauen Ohren, Finger- und Nasenspitzen solcher Kranken pflegt man mit der „Entfernung" dieser Extremitäten vom geschwächten Herzmuskel in Verbindung zu bringen. Ich kann jedoch beispielsweise den Weg vom Herzen zur Nasenspitze nicht weiter finden, als bis zum Oberschenkel. Auch mit dem an allen diesen Stellen wahrscheinlich gut ausgebildeten derivatorischen Kreislauf, d. h. der direkten Verbindung zwischen Arterien und Venen, z. B. unter dem Nagel (Hoyer), kann diese lokale Verlangsamung des Blutkreislaufs nicht in der Weise zusammenhängen, dafs etwa die Venenstauung sich hier direkt in die Arteriolen nach rückwärts fortsetzen und daher hier zuerst stärkere Erscheinungen hervorrufen könnte. Denn bei mangelnder Herzenergie sind diese derivatorischen Verbindungsäste die ersten, welche sich zusammenziehen (Klemensiewicz.) Wir haben vielmehr die lokale Cyanose der Extremitätenenden so zu deuten, dafs bei schwachem Blutdruck sich die Arterien und Venen dieser Hautgegenden unter dem Einflufs der äufseren Temperatur stärker kontrahieren, weil dieselben normalerweise durch ihre Lage auf einen gröfseren Wärmeverlust angewiesen sind. Diese Kontraktion ist also ein regulatorisches Phänomen, wie so viele pathologische Erscheinungen der Zirkulation, und die Kontraktion der arteriellen und venösen Hautgefäfse erst ist die wahre Ursache der Verlangsamung des Kreislaufes an dieser Stelle. Natürlich werden die Extremitätenenden nur dort intensiver blau, wo vorher eine sichtbare Röte, ein physiologischer oder pathologischer Grad von Wallungshyperämie bestand, und bekanntlich gelingt es in diesen Fällen, die cyanotische Farbe in eine hellrote durch Applikation von Wärme zurückzuwandeln, was nicht wohl möglich sein würde, wenn diese Cyanose die einfache Folge von Herzschwäche wäre.

Diese Form der Stauung, bei welcher allgemeine und lokale Ursachen konkurrieren, leitet nun ganz von selbst zu der grofsen Gruppe rein lokaler Stauungshyperämien hinüber. Wir teilen dieselbe am zweckmäfsigsten ein in solche, bei welchen das abnorme Hindernis und demgemäfs auch die verlangsamte Zirkulation lediglich die Körpervenen betrifft, und solche, wo aufser den Venen auch Kapillaren und Arterien gröfsere Widerstände und eine verlangsamte Blutströmung aufweisen.

Durch ein peripheres Hindernis auf der Bahn der Körpervenen eine wirkliche venöse Stauung hervorzurufen, ist bekanntlich ein umschriebenes, wenn auch noch so absolutes Hindernis unvermögend, während sehr aus-

Digitized by Google

gedehnte, abnorme Widerstände auch dann Cyanose herbeiführen, wenn sie einzeln nur eine relativ geringfügige Verengerung des Venenkalibers herbeiführen. Diese Erscheinung ist eine notwendige Folge der überaus reichlichen venösen Anostomosen. So ruft eine handgroſse Narbe am Unterschenkel, ein Knopf, welcher auf eine gröſse Armvene drückt, peripher keine Stauung hervor, dagegen schon der leichte Druck eines Strumpfbandes oder eine zirkulär den Unterschenkel umspannende oberflächliche Narbe oder eine tiefere Bindegewebshypertrophie, welche nach einer Kniegelenksentzündung zurückbleibt, weil überall die Gesamtheit der oberflächlichen oder tiefen Venen einer Region leicht komprimiert wird. Es ist weiter leicht begreiflich, daſs selbst gröſsere Thromben und kalkige Konkretionen einzelner Venen anstandslos vom zentripetalen Blutstrom umgangen werden, während schon die beginnende Schwangerschaft vermöge des auf alle Venen des Beines mehr oder minder gleichmäſsig ausgeübten Druckes sich durch das Hervortreten und die Schlängelung der Hautvenen des Unterschenkels zu erkennen gibt. In dieselbe Kategorie gehören die Stauungen an den Beinen nach Beckengeschwülsten, an den Armen nach Karzinom der Lymphdrüsen der Achselhöhlen u. s. f.

Auch die starke Erweiterung der Hautvenen des Bauches, als „Caput Medusae", bei Lebercirrhose ist die Folge der Verengerung tieferliegender Venen einer ganzen Region. Und dasselbe Gesetz nehmen wir wahr bei der von Schweninger und Sahli beschriebenen Venenerweiterung entlang der Zwerchfellsinsertion des Brustkorbs. Hier sind es die durch die Ansätze der Bauchmuskeln hindurchtretenden Hautvenen, welche durch die habituelle vermehrte Thätigkeit dieser Muskeln — nämlich zum Ersatz der Darmperistaltik oder als Antagonisten des Zwerchfells beim Husten — erzeugt werden. Sie erweitern sich peripherisch nur deshalb, weil alle zugleich zentralwärts komprimiert, ihre Anastomosen untereinander nicht benutzen können, um der Erweiterung der einzelnen vorzubeugen. Auch hier handelt es sich mithin um die Verengerung eines einheitlichen Venengebietes. Endlich sei bei den Stauungshyperämien hinter zentral gelegenen Druckstellen auch der Stauung am Kopfe gedacht, welche der eigentlichen Kopfgeschwulst, einem Stauungsödem der Neugeborenen vorausgeht, und im Anschlusse hieran der Naevi flammei, welche wir bei den Miſsbildungen als Folgen embryonaler, durch Druck hervorgerufener Stauungen kennen lernen werden.

Die anatomischen Charaktere der hierher gehörigen chronischen Kompressionshyperämien sind stets folgende. Zuerst schwellen die gröberen Venen an, vom Punkte des Hindernisses an rückwärts. Sind es, wie bei der Gravidität, bei Geschwülsten gröſsere Venen, welche gedrückt werden, so schimmern dieselben grau- bis schwarzblau durch die Haut hindurch. Wächst das Hindernis rasch, wie bei der Gravidität, so strahlen nach

Digitized by Google

einiger Zeit von diesen Venenstämmen zierlich verzweigte, vielfach anastomosierende Büschel kleinerer Venen nach allen Seiten aus, deren weniger gedeckte Farbe tief dunkelrot erscheint. Bei noch stärkerer Kompression werden die gröfseren Venen ausgebuchtet, die Gegenden der Klappen markieren sich als kugelige Wülste, hinter denen die Venen deutlich verschmächtigt sind, und endlich gesellt sich durch Übergang der Erweiterung auf die kapillaren Venen eine diffuse Bläuung, resp. dunkle Rötung der ganzen Hautregion hinzu.

Es gibt eine Art der Hyperämie, deren wir bisher noch nicht gedacht haben, obgleich sie nach den Autoren, welche sie teils als Wallung, teils als angioneurotische Fluxion gedeutet haben, bereits in der bisherigen Darstellung hätte erwähnt werden müssen, nämlich die Rosacea der Nase und Wangen. Da neuere klinische Beobachtungen gelehrt haben, dafs dieselbe am häufigsten nur einen Folgezustand des seborrhoischen Ekzems bildet, sich aus einer entzündlichen Wallung entwickelt, so werden wir ihr im Kapitel der Entzündungen wieder begegnen. Es scheint aber auch ganz unentzündliche Fälle von Rosacea zu geben, welche hier besprochen zu werden verdienen. Da diese nun ebenso wie jene anderen und viel häufigeren Formen sich nach dem eben gegebenen Schema der chronisch peripheren, durch Kompression bewirkten Stauungshyperämien entwickelt, da zuerst um die Nasenflügel herum oder auf der Nasenspitze, auf der Mitte der Wangen einzelne gröfsere erweiterte Venen auftreten, an welche sich erst allmählich feinere Gefäfsbäume und schliefslich ein vollständig erweitertes Kapillarnetz mit diffuser Rötung anschliefst, so ist der Schluſs wohl gerechtfertigt, dafs es sich bei der Rosacea wesentlich um eine Stauungshyperämie dieser ersten Gruppe handelt, wobei natürlich nicht ausgeschlossen ist, dafs auf alle möglichen äufseren und inneren Reize vorübergehend arterielle Gefäfslähmungen, Wallungshyperämien das Bild komplizieren, was sich dann auch am Wechsel der Farbe zu erkennen gibt. Das Hindernis mag bei der seborrhoischen Rosacea in dem entzündlichen Prozefs der Haut zu suchen sein, bei den nicht entzündlichen Formen der Nasenhaut wäre zunächst auf entzündliche Vorgänge oder komprimierende Momente in der Schleimhaut der Nase oder der Rachenorgane zu suchen.

Ein ganz anderes Bild, als die chronische, venöse[1] Kompressionshyperämie ergibt die akute, deren Kenntnis wir den Experimenten von Auspitz verdanken. Das Bild derselben ist heute, wo die Aderlässe obsolet sind, dem Arzte nicht mehr so geläufig wie früher. Es entwickelt sich am reinsten bei Anlegung einer Aderlafsbinde oder bei schwacher

[1] Bei dieser Gruppe ist der Name: „venöse Hyperämie“ allein vollständig berechtigt.

Digitized by Google

Kompression des Armes mittels einer Gummibinde in der Mitte des Oberarmes. Am Arme liegen nämlich, wie Auspitz gezeigt hat, die anatomischen Verhältnisse zur Erzeugung einer starken, wenn auch immer unvollständigen Stauung durch Druck besonders günstig, da hier sehr viel Blut von der Haut auf langem, oberflächlichem Wege zwischen Haut und Fascie zum Herzen zurückkehrt. Von dem Handrücken wendet sich dieser Strom nach der Beugeseite des Armes, und wenn hier eine eigene Vena mediana existiert und nicht durch einen, die Fascie durchbohrenden und früh in die Tiefe sich wendenden Ast ersetzt wird, so führt eine Einschnürung in der oberen Hälfte des Oberarmes, nicht stärker, als dafs der Radialpuls höchstens in geringem Mafse abgeschwächt wird, sehr bald zu einer diffusen Cyanose des ganzen Armes und der Hand. Am längsten erhalten diejenigen Stellen, Hohlhand und Ellbogen, ihre natürliche Farbe, welche normalerweise den stärksten Kapillardruck und den raschesten Blutstrom aufweisen. Bei dieser akuten Stauung kommt es nicht zu einer nachweisbaren Erweiterung der prall gefüllten gröfseren und kleineren Venen. Von den roten, baumartigen Verästelungen der letzteren sieht man nichts; dieselben setzen offenbar der passiven Erweiterung ebensogut einen spasmodischen Widerstand entgegen wie die Arterien bei zentrifugaler Blutinjektion. Die Verstärkung des Venen-Tonus ist auch offenbar derjenige abnorme Widerstand, welcher eine passive Ausdehnung der Hautkapillaren verhindert; denn nicht etwa eine Blutüberfüllung nehmen wir wahr, welche unter allen Umständen eine tief dunkelrote Färbung ergeben müfste, sondern lediglich eine Verlangsamung des Blutstromes, nämlich eine graublaue, ja in einigen Fällen aschgraue Farbe. Es ist das Verdienst von Auspitz, weiter darauf aufmerksam gemacht zu haben, dafs bei noch hochgradigerer Stauung auf dem gleichmäfsig graublauen Grunde zinnoberrot getrennt stehende Flecke sichtbar werden, welche unseren direkt von der Stauung getroffenen Flächenelementen der Zirkulation entsprechen. In exquisiten Fällen sind dieselben von dem blaugrau gebliebenem, kollateralem Netz umsäumt; hin und wieder erstreckt sich die Stauung auf dieses Netz, und die Zinnoberröte überzieht dann gleichmäfsig die Innenseite des Vorderarmes, Hand- und Fingerrücken. Statt dieser zinnoberroten Flecke und in dieselben manchmal im Verlaufe der Stauung oder sogar nach Lösung derselben übergehend, trifft man auch weifse Flecke, welche der Ausdruck der hochgradigsten, auf einige Stellen beschränkten Blutstauung sind. Wir stimmen Auspitz bei, welcher dieselben für anämische Flecke hält, wenn wir auch seine Erklärung derselben nach Analogie der embolischen Anämie für verfehlt halten. Wir wissen durch die Versuche von Klemensiewicz sicher, was immer nach klinischen Thatsachen vermutet wurde, dafs unter dem höheren Gewebsdrucke der transsudierten Flüssigkeit eine Kompression der Ka-

Digitized by Google

pillaren bis zur vollständigen Anämie vom Venenende her eintreten kann. Wir sehen eine solche bei jeder Urticariaquaddel auf der Akme erscheinen. Hier wird nun eine ähnliche Blässe beobachtet, ohne starkes Ödem; denn der Arm ist unter der Binde nur in geringem Grade allgemein angeschwollen. Da die Kompression der Kapillaren aber nur eine Folge äufseren Überdrucks ist, so wird sie ebenfalls schon durch ein geringes Ödem eintreten müssen, wenn der arterielle Blutdruck an Ort und Stelle sinkt, wenn mit einem Worte zu dem allgemein verstärkten Venentonus am betreffenden Platze ein arterieller Spasmus hinzutritt. Da nun diese weifsen Flecke gewöhnlich sich auf der aschgrauen Farbe eines nicht bloſs cyanostischen, sondern zugleich relativ anämischen Armes zeigen, da es ferner sehr natürlich erscheint, daſs an den Orten höchster Stauung die reaktive Vermehrung des Tonus, welche die Folgen der Stauung auf die allgemeine Zirkulation aufzuheben bemüht ist, sich bis zu den Arterien fortpflanzt, so haben wir in den weifsen, anämischen Flecken der akuten Stauung der Haut die Verengung einzelner Hautarterien zu sehen, die wie die zinnoberroten Flecke mit den Flächenelementen zusammenfallen. Sowie hierdurch der arterielle Druck lokal sinkt, drückt das geringe Ödem die Kapillaren vollends zusammen.

Die zinnoberrote Farbe rührt (Auspitz) von dem Hämoglobingehalt des Transsudats her, wechselt von einem schwach gelblichen Ton bis zu einem feurigen Ziegelrot und verschwindet nach Lösung der Stauung mit Hinterlassung pigmentierter bräunlicher Stellen. Meist zuerst in den Bezirken, wo diese Farbe vorherrscht, sonst im allgemeinen in der Nähe der Binde und besonders gerne in der Ellenbeuge, mithin an Punkten gröfster Stauung, entstehen genau wie im Cohnheimschen Experiment an der Froschschwimmhaut bei Venenligatur karminrote bis blauschwarze, durch Diapedese entstandene Extravasate, meist von äufserster Kleinheit. Die Farbe derselben ist abhängig von der Höhe oder Tiefe der Lage; die Petechien des Papillarkörpers erscheinen blutrot, die der Cutis um so blauer und heller, je tiefer sie liegen, um so dunkler, je gröfser sie sind. Diese Extravasate verschwinden natürlich nach Lösung der Stauung nicht, sondern machen die Farbenveränderungen wie alle Blutergüsse in der Haut durch.

Wir sahen, daſs bei chronischer lokaler Stauung, wie sie mechanische Ursachen herbeiführen, allmählich an den kleineren und gröfseren Hautvenen eine Erweiterung, eine organische Wandveränderung erzeugt wird, welche nicht ohne vorherigen, teilweisen Schwund ihrer kontraktilen und elastischen Elemente zu denken ist. Die akute lokale Stauung aus mechanischer Ursache, über welche wir soeben berichteten, hat aber noch alle diese natürlichen Hilfskräfte der Venenwandung zur Verfügung, und eine genauere Betrachtung der Symptome lehrte auch, daſs ohne eine

Digitized by Google

reaktive Vermehrung des Venen-, ja in einzelnen Fällen auch des Arterientonus ein Verständnis derselben unmöglich ist. Das hier Beobachtete wirft nun weiter Licht auch auf jene Stauungen, welche durch den Einfluſs der Kälte an der Haut erzeugt werden.

Unter den Wallungshyperämien begegnete uns schon einmal die Kälte als ätiologisches Moment, aber nur insofern sie indirekt auf reflektorischem Wege eine Gefäſsparese auszulösen im stande ist. Ihre eigentliche Domäne aber ist die Stauungshyperämie; ganz natürlich, da ja nichts geeigneter ist, die Widerstände im Kapillarbezirk zu erhöhen als eben die Kälte. Und wie wir oben bei Erörterung der Folgen direkter Erwärmung der Haut einen sich einseitig steigernden Zirkel wahrnahmen, so auch hier. Die Kälte wirkt ebenfalls nicht bloſs direkt kontrahierend auf die Muskulatur der Hautarterien und Venen, sondern auch indirekt, indem sie zugleich das natürliche Mittel, die Haut wiederum zu erwärmen, den Blutzufluſs, verlangsamt und eventuell abschneidet. Ja noch enger ist dieser Zirkel. Wir kennen als ein mächtiges Agens für alle und jede glatte Muskulatur die Sauerstoffarmut. Nun schneidet aber die Kontraktion der Hautgefäſse durch Kälte nicht nur das warme Blut, sondern damit auch die Sauerstoffzufuhr zu den Gefäſsmuskeln ab. Kein Wunder also, wenn jede Abkühlung sofort die so stark kontraktilen Hautgefäſse bis fast zum Schwund der Lichtung verengert. Aber auch dieser Zirkel wird durchbrochen durch die proportionale Reizung der Endothelnerven bei jeder Gefäſskontraktion; an einem bestimmten Punkte angelangt, schlägt die Anämie in jene wohlthätige Wallungshyperämie um. Wir können es ganz gut wahrnehmen, wenn dieser antagonistische Apparat (auf der Bahn se—m—g) anfängt zu versagen. Die bis dahin trotz der Kältezufuhr, z. B. durch den Ätherspray blasse, aber immer noch schwach blutdurchströmte Haut wird bei fortdauernder Kälteeinwirkung *mit einem Schlage* wachsweiſs, um im nächsten Augenblicke schon zu einer schneeweiſsen Masse zu erstarren. Mit jenem Schlage war die antagonistische Kraft des Gefäſsnervenapparates gebrochen und die Haut wie eine tote Masse in der Gewalt der Kälte. In kalten Ländern, wie in Rufsland, kennt man diese ominöse Weiſse der Nase und Wangen bei starkem Froste sehr gut; sie ist der Vorläufer der Erfrierung, einer wahren Entzündung, die uns hier noch nicht beschäftigt.

Aber innerhalb des Rahmens der noch nicht entzündlichen Zirkulationsstörungen e frigore gibt es noch eine Reihe interessanter Erscheinungen. Statt der einfachen Blässe der Haut, in welcher allein die Kontraktion der Arterien zum Ausdruck gelangt, sieht man bei Kälteeinwirkung häufig ein der Farbe der akuten, lokalen Stauung ähnliches Graublau oder Aschgrau. Nun ist es ja allerdings richtig, daſs durch die Kontraktion der Arterien allein schon die Kapillarzirkulation erheblich verlangsamt,

Digitized by Google

das kapillare Blut venöser wird, und man kann wohl behaupten, dafs jeder akut eintretenden Anämie ein Stadium von Verlangsamung der Zirkulation der Kapillaren, von leichter Cyanose vorhergeht, wenn auch diese Art von Cyanose nie den Namen einer Hyperämie verdient. Aber wir können anderseits auch keinen Augenblick bezweifeln, dafs ein wirkliches Stauungshindernis in der Kontraktion der Venenmuskulatur durch Kälte erwächst. Da die Kälte gleichmäfsig auf alle Bestandteile der Haut wirkt, da sie stets die glatte Muskulatur zur Kontraktion anregt, da die Venen der Haut eine verhältnismäfsig bedeutende Muskellage besitzen, so ist es eine absolute Notwendigkeit und durchaus keine Hypothese, dafs auch diese sich so gut kontrahiert wie die der Arterien. Die Mifsachtung dieser Thatsache hat wesentlich zu der Unklarheit beigetragen, welche bisher über die Einwirkung der Kälte auf die Haut herrschte.

Solange Arterien und Venen sich gleichmäfsig unter dem Einflufs der Kälte kontrahieren, wird natürlich niemand an einem äufsern Symptom die Kontraktion der Venen merken; Zu- und Abflufs sind proportional wie immer. Aber sofort treten eigentümlich bunte Bilder auf, wenn der venöse Abflufs unverhältnismäfsig stark gehemmt wird. An gewissen, besonders magern, jugendlichen Individuen wirkt die Kälte nicht gleichmäfsig auf die Flächenelemente und das kollaterale Netz ein, sondern stärker auf die ersteren, indem dieselben als blasse Flecke aus dem blaugrauen, cyanotischen Netz der indirekt gespeisten Kapillaren hervortreten. Hauptsächlich an Armen und Beinen dokumentiert sich die Kälte durch eine regelmäfsige Marmorierung der halbweifsen, halbblaugrauen Haut. (Livedo annullaris e frigore, im Gegensatz zur gewöhnlichen Livedo diffusa.) Bei stärkerer Kältewirkung tritt nun, wie HEBRA sen. bereits bemerkte, zu diesen Farbennüancen noch jenes Zinnoberrot, welches wir von der akuten Kompressionsstauung kennen. Da es dort stets der Ausdruck stärkerer Blutstauung ist, kann es auch hier nur auftreten, wenn eine echte Blutstauung konkurriert; es müssen also an diesen Stellen die Venen im Verhältnis zu den zugehörigen Arterien zu stark verengt sein und dadurch Anlafs zum Austritt eines hämoglobinhaltigen Transsudats geben.

Bekannter als diese noch in das physiologische Gebiet fallende Abweichung ist die eigentliche permanente Angioneurose, welche wir mit dem sehr unpassenden Ausdruck Frost bezeichnen. Obwohl dieser Zustand nichts mit der Erfrierung gemein hat, obgleich er lediglich in einer perversen Reaktion des Gefäfstonus auf Temperaturschwankungen bei sonst normaler Haut besteht, wird er doch bisher zum Schaden des Verständnisses bei der Erfrierung abgehandelt. Schon bei Erörterung der RAYNAUDschen Krankheit haben wir auf das Verwandschaftliche derselben mit dem „Frost“ hingewiesen. Auch hier gelten die Gründe, welche wir zur

Digitized by Google

Erklärung der Lokalisation jener Angioneurose an den Extremitätenenden angeführt haben. Sie machen bei den unglücklichen, mit Frost behafteten Individuen die Hände, Füfse, auch selbst Ohren und Nase zu wahren Thermometern. In südlichen Klimaten sind dieselben häufiger vertreten, als im Norden; doch kommen hier die schlimmeren Formen vor.

Eine Hand, die zu Frost disponiert ist, reagiert auch schon bei warmem Wetter im Sommer auf eine leichte Abkühlung nicht wie eine gesunde. Sie ist beständig röter mit einem ungesunden Stich ins blaue und kühler als normal; sie zeigt schon in der Wärme Stauungssymptome, die auf einen relativ zu starken Venentonus hinauslaufen.

Anstatt nun in der Kälte mit einer primären Kontraktion und Ablassung mit einer sekundären Gefäfsparese zu reagieren, kontrahieren sich die Arterien etwas, die bereits stark tonisch erregten Venen aber noch mehr, und der Gesamterfolg ist eine nur noch stärkere Verlangsamung des Blutstroms, die sich durch noch stärkere Bläuung und geringe Schwellung der Haut zu erkennen gibt. Zu einer Parese der Arterien, welche eine wohlthätige Wallungshyperämie einleiten würde, kommt es bei der relativen Schwäche des arteriellen Tonus gar nicht. Die Haut verharrt unter einem mittleren, aber perversen Grade des Gefäfstonus, bei welchem der Blutzufluſs zu wenig, der Abfluſs zu stark gehemmt ist. Wenn aber an einigen Flächenelementen, besonders der Finger und Zehen, eine arterielle Parese endlich zu stande kommt, dann hat auch dieses nichts weniger als einen wohlthätigen Effekt, indem der Venenspasmus sofort ein sanguinolentes Ödem, eine zinnoberrote sog. Frostbeule entstehen läfst. Auch ohne Auftreten derartiger ödematöser Knoten erscheint die Haut beim Frost, speziell der Rücken der Hand und Finger, oft besäet mit zinnoberroten, hämoglobinhaltigen Flecken abwechselnd mit cyanotischen Ringen.

Es liegt auch auf der Hand, dafs diese paradoxe Form des Gefäfstonus dann, wenn der arterielle Spasmus ebenfalls stärker wird, sich der Raynaudschen Krankheit ungemein nähert. Es entsteht unter diesen Umständen, also bei stärkerem arteriellen, relativ aber noch bedeutenderem venösen Spasmus die Stauungsform der Raynaudschen Asphyxia localis; es entfallen die zinnoberroten Flecke und Frostbeulen, weil der arterielle Zufluſs behindert ist, es treten aber dafür Nekrosen auf aus dem nämlichen Grunde. Endlich sind mir Übergänge dieser blauen Abart der „toten Hände“ zum „Froste“ vorgekommen, bei welchen einerseits noch zinnoberrote Flecke, anderseits schon umschriebene Nekrosen vorhanden waren. Diese Varietäten alle lassen sich nach den gegebenen Gesichtspunkten anatomisch leicht verstehen.

Überblickt man die bisher besprochenen Formen von Stauungshyperämie, die Cyanose als Teilerscheinung allgemeiner Stauung, die Stauung durch zentralwärts gelegene Venenverengerung, endlich die Stauungen durch peri-

Digitized by Google

phere Einwirkung der Kälte, so liegt bei allen das Hindernis zum gröfsten Teile auf der venösen Seite der Kapillaren, nur bei den Stauungen durch Kälte greifen die Veränderungen der Gefäfse stets auch auf das arterielle Gebiet über. Es gibt aber eine Reihe von Stauungshyperämien, die von vornherein auf gleichmäfsige Veränderungen des Kalibers der Zufluſs- sowohl wie der Abfluſsgefäfse beruhen, bei welchen zudem das Hindernis der Zirkulation nicht von der Gefäfswandung, sondern vom Gefäfsinhalt ausgeht und nicht zu einer Gefäfsverengerung, sondern einer allgemeinen Gefäfserweiterung führt. Wenn nun trotz Gefäfserweiterung der Widerstand in den Kapillaren zunehmen soll, so kann das nur durch eine künstlich veränderte Strömung des Blutes geschehen, und eine solche wird in der That in allen hierhergehörigen Fällen durch äufsere Einflüsse auf die Haut hervorgebracht. Diese Einflüsse sind die Aufhebung äuferen Druckes und der Schwere.

Die Aufhebung des atmosphärischen Druckes im Schröpfkopf oder Schröpfstiefel bedingt durchaus keine Wallungshyperämie, sondern zunächst eine Fixierung des in den Kapillaren befindlichen Blutes, weil dieselben dem aufgehobenen Drucke entsprechend sich über das normale Mafs ausdehnen. Alsbald stürzt von beiden Seiten aus den Hautarterien sowohl wie den Venen mehr Blut in den zu schwach belasteten Hautbezirk, weil der flüssige Körperinhalt am leichtesten dem Zuge der umschriebenen Leere folgt. Es folgt die Lymphe, soweit sie in den Lymphgefäfsen und Spalten sich befindet, welche während dieser Stauung reichlich transsudiert, und endlich folgt auch das Hautgewebe, soweit seine Spannung es erlaubt. Je länger der negative Druck anhält, um so mehr wandelt sich die dunkelrote Farbe des emporgehobenen Hautbezirks in dunkelblau; es kommt zu vollendeter Stauung, zum Ödem und endlich zur Diapedese roter Blutkörperchen, ja zur Bildung bluthaltiger Blasen. Durch wiederholtes Aufsetzen eines Schröpfkopfes auf dieselbe Stelle kann man es, trotzdem auf den erweiterten Arterien der volle Blutdruck lastet, zur vollkommenen Stase bringen. Nach Aufhebung des negativen Druckes verliert sich die Anschoppung des Kapillarbezirkes nur ganz allmählich, das extravasierte Blut natürlich noch langsamer.

Eine ganz ähnliche Zusammendrängung des Blutes von beiden Seiten bis zur maximalen Anfüllung des Kapillarbezirkes kann man durch einen Druck a tergo bei gestielten Geschwülsten und aufgehobenen Hautfalten hervorrufen, indem man dieselben abbindet oder abschnürt, wodurch der venöse Abfluſs früher gehemmt wird als der arterielle Zufluſs. Ebenso wird ein aufmerksamer Untersucher an den Kapillaren der Hautoberfläche selbst im Schnitt noch oft nachweisen können, — und dieses ist zur Beurteilung mancher Blutungen in Geschwülsten wichtig — ob das Haut-

Digitized by Google

stück mit dem Messer umschnitten oder mit einem Scherenschlage, einer Art von Abklemmung, entfernt worden ist.

Wie in diesen Beispielen der Zug oder Druck, so wirkt die allgemeine Kraft der Schwere auf alle abhängigen Hautteile in dem Sinne einer beiderseitigen Anschoppung der Arterien und Venen, mit dem Endresultat einfacher Stauungshyperämie. Am einfachsten liegt der Fall bei den bekannten blauen Totenflecken an allen abhängigen Stellen des Körpers. Wir sahen, dafs eine allgemeine arterielle Kontraktion während der Agone das Blut den Venen zutreibt; wir müssen das Bild hier vervollständigen durch Hervorhebung des Umstandes, dafs zur selben Zeit auch die Hautvenen ihren Inhalt durch ihre Kontraktion den gröfseren Venenstämmen zutreiben. Beim Nachlafs des Rigor mortis senkt sich das Blut aus den gröfseren Venenstämmen nun wieder rückwärts bis in die Kapillarbezirke, welche dadurch stark erweitert und schwarzblau gefärbt werden.

Etwas Ähnliches tritt nun bei geschwächten, gelähmten, marastischen Personen, bei Rekonvaleszenten nach langwierigen Krankheiten überall dort ein, wo sie ihrer Unterlage sehr lange Zeit aufliegen: am Rücken, Kreuzbein, den Trochanteren, Fersen, Scrotum. Alle Hilfskräfte des Rückflusses liegen darnieder, die Aspiration des Herzens und der Lunge, die Muskelbewegungen sind auf ein Minimum reduziert, so dafs die Schwere ungehindert einwirken kann. Solange der Patient auf diesen Hautstellen liegt, sind dieselben natürlich anämisch, beim Aufheben des Körpers aber tritt nicht wie sonst nach Druck Wallungshyperämie auf, sondern durch Zurücksinken des Blutes aus den gröfseren Venen wird diese in eine Stauungshyperämie umgewandelt.

Auch bei den Senkungshyperämien der Beine, welche bei professionell aufrecht stehenden Männern und Frauen vorkommen, bei letzteren eventuell verstärkt durch die Kompressionsstauung der Gravidität, handelt es sich zunächst nicht nur um eine Rückstauung des Blutes in den Venen, sondern selbstverständlich auch um eine mechanische Anschoppung der Arterien des Beines. Die Insuffizienz derjenigen Einrichtungen, welche normalerweise den Rückfluſs des Blutes der Schwere entgegen vom Fufse zum Herzen besorgen, dokumentiert sich im Beginne in einer blauroten Hyperämie der Füfse und Unterschenkel mit geringer Anschwellung. Bei öfterer Wiederholung der übermäfsigen Ausdehnung, welche hierdurch allen Gefäfsen des Beines zugemutet wird, regulieren diese jedoch selbstthätig vermöge ihrer Muskeln die sich zum Blutdrucke hinzugesellende, übermäfsige Einwirkung der Schwere, indem sie sich — wie immer in solchen Fällen — dieser Last entgegen stärker kontrahieren. Für das Kapillargebiet hat diese Regulation auch die zweckmäfsige Folge, dafs die hyperämischen Anschoppungen und Schwellungen aufhören und eher einer Anämie mit verlangsamter Zirkulation Platz machen, und hiermit

Digitized by Google

wären die Folgen zu anhaltender Belastung durch die Schwere in der That gehoben, wenn der reaktiv erhöhte Widerstand nicht die weitere Folge hätte, dafs nun für die gröfseren, subkutanen, mit Muskeln viel weniger reich ausgestatteten Venen eine Vis a tergo des Blutes fast vollständig fehlte. Ganz allmählich macht sich dieses geltend, indem von den grofsen Venenstämmen her bis zu den subkutanen Venen des Unterschenkels das Blut mehr und mehr bis zu völliger Anspannung der Venenwände und Ausbuchtung ihrer Klappen herabsinkt. Allmählich wird in diesen gröfseren Venen die Muskulatur ganz insuffizient, die Wandung wird unelastisch, erweitert und verlängert sich unter Schlängelung der ganzen Gefäfse, und es bilden sich, besonders gerne unmittelbar oberhalb der Klappen, aneurysmatische Erweiterungen, die sogenannten Varicen aus. Im weiteren Fortgang desselben Prozesses tritt nach Schwund der Muskulatur eine Bindegewebshypertrophie der Media ein, welche den Status quo lange Zeit erhalten kann. Allgemeine Schwäche, Senilität, entzündliche Veränderung in der Umgebung der Varicen führen indes auch häufig zu lokalisierten Verdünnungen der varikösen Venen und zu recht erheblichen und schwer zu stillenden Blutungen. Die weiteren Folgen der Stauung, Ulceration und Nekrose der Haut, werden wir weiter unten im Zusammenhang mit regressiven Ernährungsprozessen anderer Art zu besprechen haben.

Wir haben des öftern mit Nachdruck darauf hingewiesen, dafs die zirkulatorischen Erscheinungen an der Haut sich nur unter der Annahme erklären lassen, dafs auch die Hautvenen vor Eintritt in die eigentliche Cutis mit einer auf nervöse Reize reagierenden Muskulatur ausgestattet sind. Fassen wir in einem dem Arterienschema entsprechenden Venenschema jetzt die Bahnen zusammen, welche wir zur Erklärung der bisher vorgekommenen Erscheinungen nach Notwendigkeit statuieren müssen, so sind es die folgenden:

Die reaktive Kontraktion der Venen bei stärkerem Blutandrang von Seite der Kapillaren oder des Herzens erfordert wie bei den Arterien wenigstens die kurze Bahn sm—a. Die Wirkungen der Kälte sind als idiomuskuläre aufzufassen. Zur Annahme eines Hemmungsganglions und einer zentripetalen Bahn vom Endothel zu diesem Zentrum liegt kein Grund vor. Dagegen wird sich bei Besprechung des Ödems sogleich die Notwendigkeit ergeben, eine Bahn m—a von den vasomotorischen Rückenmarkszentren zur Venenmuskulatur anzunehmen.

Digitized by Google

Versammlungen.

Bericht über die Sitzungen der Abteilung für Dermatologie und Syphilis während der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Heidelberg

vom 18. bis 23. September 1889.

Referent: Dr. L. Philippson-Hamburg.

Im Schofse der allgemeinen Versammlung hielt unsere Spezialsektion vom 18.—20. Sept. ihre 4 Sitzungen im Hörsaal der medizinischen Klinik ab, für welche die nicht unansehnliche Zahl von 27 Vorträgen angemeldet war. Unter günstigeren Auspizien, als gehofft werden durfte, begann die Arbeit, nachdem jene längere Zeit bestehenden Gegensätze zur Zufriedenheit aller Beteiligten ausgeglichen und vergessen worden waren. Es zeigte sich hiebei so recht, welch unschätzbaren Wert der persönliche und mündliche Verkehr, welcher durch allgemeine Zusammenkünfte allein in so freier und ungezwungener Weise möglich gemacht werden kann, in sich trägt, und wie neben den Spezial-Kongressen, auf denen doch gar zu leicht durch Sonderinteressen der Verkehr auf engere Kreise gebannt wird, stets die allgemeine Versammlung ihre hohe und eigenartige Bedeutung bewahren wird. Gerade gegenüber den Bestrebungen, welche sich anfangs in unseren diesmaligen Spezialsitzungen geltend machten, möglichst schnell fertig zu werden, um an andern Sektionen teilnehmen zu können, ist doch zu betonen, dafs die Spezialfächer, und ganz besonders die Dermatologie und Syphilis, zwei verschiedenen Aufgaben in ganz gleichem Mafse gerecht werden sollten: sowohl rein fachwissenschaftliche Fragen zu bearbeiten, als auch solche, welche sie selbst wiederum mit der allgemeinen Medizin, klinischen und pathologischen, in Beziehung setzen, damit auch Kollegen der anderen Sektionen mit an den Spezialsitzungen teil nehmen können und wollen. Die Dermatologie wird immer mit den übrigen Fächern in möglichst engem Konnex zu bleiben bestrebt sein müssen, und ihre Vertreter, welche dem Beispiel der Fachgenossen andrer Spezialfächer folgend eine eigene Gesellschaft konstituiert haben, sollten nicht ungehalten darüber werden, dafs sie jetzt auch noch die Sektion auf der allgemeinen Versammlung aus alter Gewohnheit mitschleppen müssen. Die Zahl der angezeigten und der neu angemeldeten Vorträge, welche sich im ganzen auf 31 belief, dürfte doch zur Genüge beweisen, dafs die Sektion noch sehr lebenskräftig ist und viel eher auf blühen und sich vergröfsern wird, als zurückgehen und verschwinden,

Digitized by Google

denn sie wächst heraus aus dem rüstig weiterarbeitenden Kreise der gesamten, sowohl als Ärzte wie Universitätslehrer fungierenden Dermatologen.

Die vorbereitenden Obliegenheiten für die Versammlung waren von Herrn Fleiner, als Vorsitzendem, und von Herrn Dinkler, als Schriftführer, übernommen und in dankenswerter Weise erfüllt worden. —

Eröffnung der I. Sitzung am 18. September nachmittags 3½ Uhr.

Der einführende Vorsitzende, Herr Fleiner, schlägt Herrn Doutrelepont (Bonn) als Vorsitzenden vor, welcher aber die Wahl ablehnt und Herrn Fleiner vorschlägt; derselbe wird durch Akklamation gewählt. Den Reigen der Vorträge eröffnet alsdann

Neisser (Breslau): **Über die Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Prostituierten.** Für eine zukünftige bessere Prophylaxis gegen die Ausbreitung der venerischen Krankheiten ist eine Statistik derselben von nöten. Um eine relativ sichere Unterlage dafür zu gewinnen, schien ihm eine möglichst genaue Untersuchung der Prostituierten am vorteilhaftesten. Dafs die bis heute meistens nur von seiten der Polizei geübte Untersuchung nicht den wahren Sachverhalt zu ermitteln imstande ist, beweist allein die Thatsache, dafs die angegebene Zahl der Gonorrhöen bei Frauen relativ viel geringer ist als die bei Männern. Der in Breslau für gewöhnlich geübten Untersuchungsmethode zufolge entgehen den Polizeiärzten zwar nicht die Affektionen der äufseren und, so weit durch Specula möglich, innern Genitalien, auch nicht die der Mundhöhle, aber Exantheme, sowie tertiäre Erscheinungen werden, da eine allgemeine Untersuchung nicht vorgenommen wird, nicht entdeckt werden können. Ebenfalls das Vorhandensein einer urethralen Gonorrhöe wird leicht durch die bekannten Manipulationen dem suchenden Auge der Polizei verheimlicht.

Um speziell für die Gonorrhöe möglichst sichere Zahlen zu gewinnen, hat N. sich der mühseligen Arbeit unterzogen, die p. p. Breslaus i. J. 1888 und 1889 in folgender Weise zu untersuchen: Mit einer Art von stumpfem Löffel wurde Urethra, Vagina, Cervixkanal ausgekratzt und das gefundene Material auf Gonokokken geprüft. Danach wurden 3 Gruppen gebildet: so waren z. B. von 572 p. p. 216 als der Gonorrhöe verdächtig befunden, von denen nach der mikroskopischen Untersuchung 126 sicher, 34 sehr, 50 minder verdächtig sich erwiesen. Von den 126 waren 49 rein urethrale Fälle, 43 cervikale, die übrigen kombinierte Fälle. Die Vagina wurde nie gonorrhoisch gefunden. Es ergab sich ferner, dafs aus der Stärke der Eiterung einen Schlufs auf Gonokokkengehalt zu machen nicht richtig ist. Durch diese genaue Untersuchung war die Zahl der Gonorrhoischen gegenüber den früheren Jahren sehr gestiegen, auch war die Behandlungsdauer im Hospital verlängert. 1886 fanden 69 Aufnahme; 87 : 55; 88 : 66 und 89 : 118. N. hat seine Resultate wenigstens dahin praktisch verwertet, dafs in Breslau mehrere besondere Ärzte der üblichen Zahl der Untersuchungsärzte hinzugefügt wurden. Der Schwierigkeiten, den wissenschaftlichen Forderungen gemäfs gegen die venerischen Krankheiten vorzugehen, ist er sich wohl bewufst.

Bei der eingehenden Inspektion der Körper der p. p. wurden auch Erfahrungen über Syphilis, Schwangerschaften etc. gemacht, welche in Form zweier Tabellen vorgelegt wurden. Da aber selbstverständlich rein lokale Verhältnisse hierbei in den Vordergrund treten, so haben dieselben keine allgemeinere Bedeutung. Schon aus anderweitigen Erhebungen ist die grofse Zahl der Aborte unter den p. p. bekannt;

Digitized by Google

in Breslau z. B. fanden 671 Graviditäten mit 238 Aborten und Frühgeburten statt, — von 671 Graviditäten verliefen vor der Infektion oder ohne Infektion mit Syphilis 456 mit 117 Aborten und nach der Infektion 215 mit 121 Aborten. Ulcera mollia wurden 1888 bei den p. p. gefunden, je nach dem Alter der Betreffenden schwankend: in den Lebensaltern von 15—20 305, von 30—35 39, von 50 und mehr 2 — also eine auffällige Abnahme; dasselbe tritt zu tage bei den papill. acum. in den Altern 15—20 38, 20—30 30, in den späteren 1. —

Diskussion:

Unna (Hamburg) ist der Meinung, dafs, wenn in Hamburg, welches nach dieser Seite der sanitären Verhältnisse für so überaus günstig gestellt angesehen wird, eine ebenso strenge Kontrolle wie in Breslau eingeführt würde, ganz gleiche Thatsachen sich herausstellten. Wenn unter den älteren p. p. weniger gonorrhoisch gefunden werden, so dürfte die Ursache dafür in dem für Stagnierung des Sekrets weniger geeigneten, glatten Schleimhautüberzug der Vagina und zweitens vielleicht in einer herabgeminderten Empfänglichkeit des vorher schon häufiger infizierten Organismus liegen. Auffällig erscheint ihm, gegenüber seinen Erfahrungen in Hamburg, die überaus grofse Zahl der Ulcera mollia.

Neisser: Die Diagnose Ulc. moll. wurde nur bei typischen, nicht bei Erosionen etc. gemacht, aber es kam häufig ein und dieselbe Person mehrmals im Jahre mit dieser Affektion ins Spital. — Die geringe Zahl der Gonorrhöe bei Älteren erklärt er sich daraus, dafs zwar Gonokokken übertragen werden, aber die eitererregende Wirkung eine geringere ist und damit die Symptome schwächere sind. —

Doutrelepont (Bonn): **Über einen Fall von Urticaria pigmentosa.** Am 27. Juni d. J. wurde ihm ein 9jähriges Mädchen vorgestellt, welches nach Aussage der Mutter bis zum 6. Lebensmonat gesund war, dann aber Flecke und Knötchen, am linken Arm und Bein beginnend, bekam. Auf den ersten Blick war es schwer zu einer sicheren Diagnose zu gelangen: Gesicht, Hals und Extremitäten zeigten streifenförmige, braune, abschuppende, verschieden grofse Effloreszenzen; linke Körperseite stärker befallen; Rücken, Brust, Bauch frei. Die Streckseiten der Extremitäten sind stärker als die Beugeseiten affiziert, die Knötchen bilden hier Wülste von Kleinfingerdicke; Handfläche und Fufssohle in gleicher Weise befallen. An der linken Schulter sitzt eine Gruppe von mit schmutzig grauen Schuppen bedeckten Knötchen. Nach Aussage der Mutter soll früher auch der Rücken von Streifen in Form eines Astes mit Zweigen befallen gewesen sein; dieselben bestanden 2 Jahre. Jucken nicht vorhanden, nur wenn neue Knötchen auftreten, klagt Pat. über Brennen und über Schmerzen bei Druck auf dieselben. An den Streckseiten der unteren Extremitäten zeigt sich eine papilläre Wucherung und am Oberschenkel eine zirkumskripte Stelle mit reichlichem Haarwachstum. — Das ganze Krankheitsbild hatte Ähnlichkeit mit Naevus pigmentosus, dagegen sprach aber das Entstehen nach der Geburt. — Am 28. Juni war die Schwellung am Arm teilweise geringer, teilweise geschwunden. Beim Entblöfsen des ganzen Körpers trat überall eine fleckige Röte auf, beim Streichen mit dem Nagel zeigten sich intensiv rote Linien, aber keine Urticaria factitia. Am 9. Juli zeigten sich die Knötchen am linken Oberschenkel erhabener, vergröfserten sich auf Reiben, gingen dann aber nach 2 Tagen zurück und hinterliefsen Pigmentflecke. Die Symptome und der Verlauf der Krankheit entsprechen noch am besten dem Bilde der Urticaria pigmentosa. Abweichend von der gewöhnlichen Beschreibung ist hier die Papillarhypertrophie, die starke Schuppenbildung, die Wulstbildung. Letztere ist, wenn auch selten, doch schon anderweitig beobachtet. Die ersten beiden Ausnahmen lassen sich vielleicht aus der Anwendung

Digitized by Google

starker Ätzmittel erklären, mit welchen die Knoten behandelt worden waren; jedenfalls waren die frisch entstandenen Effloreszenzen frei davon. — Die histologische Untersuchung bezog sich auf ein Stück von einem älteren Wulst des linken Armes und auf 24—36 Stunden alte Knötchen. Hornschicht dick bei alten, normal bei frischen Knoten; untere Stachelzellenschicht enthält Pigment in Körnchen und in gröfseren Klumpen; rings um das subpapilläre Gefäfsnetz, um Schweifsdrüsengänge, Talgdrüsen und Haarfollikel Rundzelleninfiltration und eine grofse Zahl der vielgestaltigen Mastzellen. Letztere sind zuerst von Unna, dann von Elsenberg beschrieben; sie haben aber nichts für Urt. pigm. Charakteristisches, wie Unna will. Denn in diesem Falle sind Mastzellen neben Rundzellen vorhanden, und in einem andern Falle, von D. untersucht, zeigten einige Schnitte reichliche, andre geringere Anhäufung von Mastzellen. Da auch bei Tuberkulose der Nasenschleimhaut grofse Mengen von Mastzellen sich finden, so darf man dieselben nicht als etwas der Urt. pigm. Eigentümliches auffassen.

Diskussion:

Neisser (Breslau) hat den Fall auf der Klinik des Herrn D. gesehen und war ebenfalls zuerst über die Bezeichnung in Verlegenheit. Die klinischen Erscheinungen und das mikroskopische Bild sprechen am meisten für Urt. pigm. Die Zahl der Mastzellen bei dieser Krankheit ist zwar sehr grofs, aber eine gleich grofse findet sich auch bei andern Affektionen, beispielsweise Naevi.

Unna: Symptome wie Histologie entsprechen nicht dem gewöhnlichen Befunde bei Urt. pigm.; es wäre daher vorteilhafter, diesen Fall einstweilen besonders zu klassifizieren. Nach ihm wäre die Anordnung der Mastzellen in Form von Tumoren von Elsenberg und Raymond gefunden worden. Diese Zellen finden sich in grofser Menge zwar bei den verschiedensten Krankheiten, auch bei Lepra, aber bei Urt. pigm. zeichneten sie sich dadurch aus, dafs zwischen ihnen kaum Rundzellen und nur spärliches Bindegewebe anzutreffen ist, sowie die sonstige Anordnung.

Doutrelepont: Der Verlauf der Krankheit in Schüben, das Verschwinden der einmal aufgetretenen Knötchen, die leichte Reizbarkeit veranlafsten ihn, den Namen Urticaria für den passendsten zu halten. —

Joseph (Berlin): **Über Prurigo bei lymphatischer Anämie.** Die einzigen Fälle in der Litteratur von Prurigo bei lymphatischer Anämie stammen von Wagner (Leipzig), von ihm selbst ist ein Fall von Prurigo bei Pseudoleukämie beobachtet. Er betrifft einen 66jährigen Mann, der seit 2 Jahren an allgemeiner Blässe und Lymphdrüsenschwellung leidet. Blutuntersuchung ergibt keine Vermehrung der weifsen, geringe Verminderung der roten Blutkörperchen. Seit einem Jahre leidet Pat. Tag und Nacht an Jucken auf dem ganzen Körper. Die gesamte Hautdecke zeigt daher knotige Verdickungen, Pigmentierungen, Kratzeffekte, Knötchen unregelmäfsig verteilt, an verschiedenen Stellen kleine, derbe Platten in der Haut, verschieblich auf der Unterlage. Das histologische Bild zeigt nur kleinzellige Infiltration in den höheren und tieferen Lagen der Cutis, sonst Normales. Medikamentöse Behandlung war ohne Erfolg. Pat. ging an akuter Nephritis zu Grunde. Sektion ergab Pseudoleukämie. — Dieser Fall, zusammen mit dem von Wagner beschriebenen, bildet eine Gruppe unter den Prurigoarten.

Dinkler (Heidelberg): **Über Zungenschleimhauterkrankungen.** Ein Fall von schwarzer Haarzunge betraf einen 8jährigen Knaben, welcher einen schweren Scharlach mit Furunkulose durchgemacht hatte. 10 Tage nach der Genesung zeigte die Zunge, von hinten nach vorne und seitlich abnehmend, eine schwarze Verfärbung, welche von verschieden grofsen, festsitzenden Platten herrührte. Mit der Pinzette abgerissene

Digitized by Google

Teile zeigten unter dem Mikroskope festaneinanderhaftende, platte, verhornte, gelbliche Epithelien, wie sie sich auch bei Ichthyosis, Epitheliomen finden. Auf Eleidin nicht untersucht. Das Bild bei der gewöhnlichen Fieberzunge ist ein anderes; aufser Hypertrophie der Epithelien auch die der Papillen. Vielleicht ist die schwarze Haarzunge aber doch nur ein weiteres Stadium der Fieberzunge und tritt, wie hier, nur nach schweren, mit starker allgemeiner Desquamation verbundenen Fällen auf. — D. hat noch 2 Fälle einer andern Erkrankung der Zungenschleimhaut beobachtet. Hier fand sich keine Pigmentierung, sondern eine Verlängerung der pap. filiformes und auf deren Epithelien lange Büschel von miteinander verfilzten Pilzen, welche sich nicht kultivieren liefsen. In einem zweiten derartigen Falle war die Affektion nicht gleichmäfsig über die Zunge verbreitet, sondern trat fleckenförmig auf. Auch hier Pilzbefund. —

Saalfeld (Berlin): **Über Behandlung des Lupus mit Perubalsam.** Nach dem Vorgange von Sanderer bei Tuberkulose hat S. auch bei Lupus den Perubalsam in Verwendung gezogen und zwar derart, dafs er zuerst die Schuppen entfernte und dann 2mal pro die den Balsam auf die lupösen Partien legen liefs. Wenn auch die Erfolge keine besonders glänzenden waren, so stehen sie doch hinter den bis jetzt mit andern Methoden erzielten nicht zurück.

Diskussion:

Neisser hat keine besonders guten Resultate mit dieser Behandlung erzielt und hat dieselbe wegen der leicht eintretenden Reizerscheinungen wieder aufgegeben. Er zieht im allgemeinen die Ätzmittel (Pyrogallus) den chirurgischen Methoden vor; mit Salicylsäure hat er nicht so günstige Erfahrungen gemacht, wie Unna, was er aber auf die schwereren Fälle in Breslau bezieht.

Unna weist auf das von Vidal geübte und von ihm selbst in Paris in seinen vorzüglichen Resultaten gesehene Verfahren der Skarifikation hin. Er selbst verbindet die chirurgische mit der medikamentösen Behandlung.

Doutrelepont wendet seit 6 Jahren Sublimat an und ist damit sehr zufrieden.

Dinkler meint, die geringe antibakterielle Wirkung des Perubalsams spräche eigentlich gegen eine erfolgreiche Anwendung schon a priori.

v. Sehlen weist diese Ansicht als folgenschweren Irrtum zurück, das Verhalten einer einzigen Bakterienart gegen einen gegebenen antiseptischen Stoff als auch für alle andern gültig anzusehen.

II. Sitzung, am 19. September morgens 9¼ Uhr.

Vorsitzender: Herr Doutrelepont.

Veiel (Kanstatt) stellt einen **Fall von Naevus pigmentosus** vor. Die linke Körperseite ist schwächer befallen als die rechte: während die rechte Brust- und Bauchseite bis scharf zur Mittellinie von dem dunkelbraunen Naevus eingenommen, läuft auf der linken Seite hauptsächlich nur ein fingerbreiter Streifen dem untern Rippenrand entsprechend von vorn nach hinten. Auffallend ist auf dem Rücken ein von oben nach unten, aber etwas nach links von der Mittellinie abgewichener Streifen, welcher nach oben und links unter spitzem Winkel Seitenzweige abgibt. Auf den Extremitäten verlaufen auch ähnliche Streifen in der Längsrichtung.

Unna bespricht kurz eine Verbesserung, welche er an dem **Minimalbrenner** angebracht hat Derselbe wird bald in den *Monatsheften* ausführlich beschrieben werden.

Digitized by Google

Lassar (Berlin) macht verschiedene **Mitteilungen über seine therapeutischen Erfolge** 1. bei Ichthyosis. Er verwendet mit gutem Erfolge eine 2 % Salicylvaselinsalbe, welche die Hyperkeratose herabsetzt und die mangelhafte natürliche Einfettung der Haut besorgt. Nach einer sehr strengen Hauptbehandlung mufs dann fortan unausgesetzt diese Salbe von dem Pat. angewendet werden.

2. Aknebehandlung, besteht in Verwendung einer 20 % Resorcinpaste. In Wachsmodellen, welche in sehr schöner Weise ausgeführt sind, ist ein schwerer Fall von Akne der Nasenspitze und des Kinnes dargestellt vor und nach der Kur, und wird dadurch die günstige Wirkung des Resorcins passend illustriert.

Auch für Lupus, Karzinom des Gesichtes, Rhinophyma liegen Modelle vor, welche, wenn auch nicht der Farbe nach ganz naturgetreu, so doch in der Wiedergabe der pathologischen Deformation den instruktiven Zwecken sehr gut Genüge bieten.

Bei Besprechung der Therapie der Angiome macht L. darauf aufmerksam, dafs in 2 Fällen, nachdem bei Anschorfung derselben mit dem Paquelin in denselben eine Blutung eingetreten war, sie von selbst verödeten und abheilten. Bei den flachen Naevi vasculosi wendet er mit gutem Erfolge Skarifikation mit einem sehr dünnen Messerchen an; diese Prozedur mufs später noch häufiger wiederholt werden, ist aber günstiger, als die Elektrolyse.

Für Vitiligo empfiehlt L. Salzbäder, Teer, Chrysarobin äufserlich, Arsen innerlich.

In einem verzweifelten Falle von weit gediehenem Epithelialkarzinom, welches bereits das ganze rechte Auge und Umgebung destruiert hatte, in einem zweiten davon unabhängigen Herde die Nase befallen und weite Zerstörung am Kinne in einem dritten Herde angerichtet hatte, wurden As-Injektionen gemacht. Der Erfolg war auffallend und ist aus dem Vergleich der Wachsmasken vor und nach der Kur sofort ersichtlich. Dafs hier ein echtes Karzinom vorgelegen, wurde durch mikroskopische Untersuchung bestätigt. Der Fall wird noch weiter behandelt.

Diskussion:

Unna verwendet für die kavernösen Tumoren des Gesichtes chirurgische Mittel, da die zurückbleibenden Narben die Pat. weniger entstellen, während bei den flachen Naevi vasculosi das Umgekehrte der Fall. Hier gibt eine sehr sorgfältig ausgeführte und lange Zeit fortgesetzte Stichelung der oberflächlichen Gefäfse noch die besten Resultate.

U. hält die von ihm empfohlene Resorcinbehandlung der Akne rosacea für die vorteilhafteste. — Nach Leloir liefse sich Vitiligo durch Chrysarobin bessern und Gleiches hat U. bei den Pigmentierungen der Lepra nervorum gefunden. — Bei Ulcus rodens der Engländer, dem flachen Hautkrebs, benutzt U. im Anfange konsequent Resorcin, für ältere Fälle tritt zuerst chirurgische Behandlung ein und dann Resorcin als Umschläge oder Salbe.

Veiel: Skarifikation gibt zwar zuerst bei Naevi vasculosi ein gutes Resultat welches aber bald durch Recidive vernichtet wird.

Neisser beobachtete bei einer 80jährigen Frau ein ausgedehntes Geschwür der Wange, dessen Ränder schön kreisrund, derb, fast elfenbeinhart waren, und welches als Epithelialkrebs imponierte. Durch innerlichen Gebrauch von Jodkalium und mit Hg-Pflaster heilte dasselbe in 4 Wochen. Nachdem ein Recidiv eingetreten, wurde dasselbe durch einfaches Zinkpflaster geheilt. — Bei Leukoderma syphil. erweist sich Chrysarobin als erfolglos. — Durch Resorcin läfst sich wohl bei Akne rosacea die Röte und der fettige Glanz beseitigen, aber eine vollständige Heilung ist nicht zu erzielen. — N. beseitigt die kavernösen Tumoren des Gesichtes durch Elektrolyse

Digitized by Google

Ihle (Leipzig) hat in 2 Fällen von Hautkrebs mit Erfolg Hauttransplantation vorgenommen: in dem einem Falle bildete das nicht zur Heilung tendierende Geschwür einen nagelgroßen Defekt auf der Nase, hier wurden 20mal Hautstückchen darauf gelegt, bis endlich Vernarbung eintrat. In einem zweiten Falle bestand die durch mikroskopische Untersuchung als Krebsgeschwür sichergestellte Affektion des Penis bei einem jungen Manne, welcher sich vor 2 Jahren infiziert hatte. Trotz der Allgemeinkur bestand das sklerosierte Geschwür am Penis noch fort, bis endlich wiederum durch Hauttransplantation eine Überhäutung erfolgte. Die Hautstückchen werden nur mit Wasser behandelt, ohne jegliches Medikament, und mit Guttaperchapapier bedeckt.

Unna bemerkt gegenüber Neisser, daß die etwa eintretende Schwellung der Haut bei Resorcinbehandlung durch ein Kompositum zu vermeiden ist: 50 % Resorcinsalbe und 50 % Zinkpaste. Eine gründliche Heilung der Akne ist nur durch gleichzeitige Behandlung der Seborrhöe des Kopfes zu erzielen.

Doutrelepont: Ichthyosis ist in engen Grenzen zu halten nur durch permanente Anwendung der Salicylsäure. — Ulcus rodens vernarbt zuweilen von selbst; durch häufiges Ätzen und Herumoperieren an dem zerfallenen Krebs wird rasches Wuchern verursacht, weshalb nur durch chirurgische Mittel eine gründliche Heilung zu erzielen. Für nicht zu operierende Fälle wurden schon 1876 von Esmarch As- und JK-Injektionen empfohlen.

Unna macht darauf aufmerksam, daß in der Praxis doch Fälle vorkommen, wo durch Operation dem Pat. weniger genützt worden wäre, als durch chemische Mittel. Bei einem jungen Manne hatte das Ulcus rodens schon so große Fortschritte gemacht, daß die Schleimhaut des Mundwinkels bereits ergriffen und mit dem Unterkiefer verlötet war. Er stand von einer Operation ab, nahm nur oberflächlich die krebsig entarteten Partien des Geschwürs weg und machte fortdauernde Resorcindunstumschläge mit sehr befriedigendem Resultate.

Lassar demonstriert die Modelle von einem Fall von **Rhinophyma** vor und nach der Operation. Es ist schon längst bekannt, daß die Heilung hierbei sehr schnell von statten geht, und daß keine Recidive aufzutreten pflegen. Die schnelle Überhäutung ist wohl zu erklären aus dem großen Vorrat von Epithelzellen, welcher in den stark hypertrophischen Talgdrüsen, welche sich auf die Wundfläche öffnen, vorhanden ist. Die anatomischen Veränderungen bei Rhinophyma bestehen eben hauptsächlich in der Vergrößerung, der cystischen Entartung der Talgdrüsen, um welche sich eine Entzündung mit nachfolgender Bindegewebshypertrophie etabliert.

Arning und Unna bestätigen den mikroskopischen Befund.

Unnas Mitteilungen zur Behandlung der **Trichophytie** werden in den *Monatsheften* ausführlich erscheinen.

Diskussion:

Neisser legt ebenso wie Unna von den ausgezogenen Haaren während der Dauer der Behandlung Kulturen an, nachdem er dieselben aber vorher noch zur Befreiung von fremden Luftkeimen in eine Höllensteinlösung getaucht hat. Die Resultate der Behandlung sind bei Trichophytie günstiger als bei Favus. Am besten bewährt sich noch Chrysarobin, aber den tiefsitzenden Pilzen ist dadurch doch nur sehr schwer beizukommen.

Saalfeld fragt, ob die Anwendung von Sublimat mit der Elektrode besondere Vorteile bietet.

Fleiner glaubt es nicht, da auch die Anwendung der Kataphorese mit Chloroform nicht besondere Vorzüge besitzt.

Digitized by Google

Neisser betont dem gegenüber, dafs wenigstens bei Anwendung von Kokainlösung auf die Hautoberfläche ein auffallender Unterschied zwischen der einfachen Aufpinselung und der Verbindung mit der Elektrode vorhanden ist.

Touton bestätigt es aus eigener Erfahrung bei Entfernung von Warzen.

Touton (Wiesbaden): **Zoster im Anschlufs an die intramuskuläre Injektion von Hydrargyrum salicylicum.** Das Auftreten der gewöhnlichen Symptome des Merkurialismus nach derartigen Injektionen wird sehr häufig beobachtet, das Erscheinen eines Zoster ist noch nicht beschrieben worden. Bei einem gesunden 29jährigen Pat., welcher sich im Herbst 1887 infiziert hatte, wurden nach Neisser Injektionen mit Hydr. salicyl. in die Glutäalgegend links gemacht. Die auftretenden Infiltrate verschwanden nach 2tägiger Dauer. Nach der 3. Injektion, welche morgens gemacht war, verspürte Pat. nachmittags einen Schmerz, welcher von aufsen und unten in der linken Glutäalgegend nach oben und innen bis zur Kreuzbeinmitte stieg. Am 22. waren die Schmerzen verschwunden, aber bereits am 21. trat vorne links unterhalb und parallel dem Poupartschen Bande unter Brennen ein Ausschlag auf, welcher aus in 3 Gruppen angeordneten kleinen roten derben Knötchen bestand; Bläschen nicht vorhanden. Am 29. waren die Knötchen wie flache Papeln. Es war also kein ausgebildeter, sondern abortiver Zoster, welcher reflektorisch entstanden war durch Reizung der hinteren Äste des plexus lumbalis und Übertragung durch die zahlreich vorhandenen Kommunikationsäste.

Diskussion:

Bardach hat 2 ähnliche Affektionen gesehen, welche aber rings um die Einstichstellen und in Form von Bläschen aufgetreten waren.

Touton betont, dafs in seinem Fall kein ausgebildeter, sondern nur ein abortiver Zoster und der erst reflektorisch entstanden war.

III. Sitzung, am 19. September nachmittags 2 Uhr.

Vorsitzender: Herr Neisser.

Fleiner (Heidelberg): **Beiträge zur Therapie der chron. Gonorrhöe.** Da bei chronischer Gonorrhöe aufser den ursächlichen Indikationen auch den Symptomen, welche durch Granulationswucherungen und durch Vernarbung hervorgerufen werden, Beachtung geschenkt werden mufs, so verbindet man schon seit längerer Zeit mit der Salben- die mechanische Behandlung. Er bedient sich der Unnaschen Methode, für welche er einige Modifikationen aus praktischen Gründen und mit Rücksicht auf die Antisepsis eingeführt hat. Die Salbensonden werden nicht vorher präpariert, sondern im Augenblicke des Gebrauches hergestellt. Zu diesem Zwecke sind die Salben in Verbindung mit Wachs als leicht transportable und haltbare Platten angefertigt worden, welche über das über einer nicht rufsenden Flamme erwärmte Bougie gestrichen werden und dasselbe mit einer gleichmäfsig verteilten, dünnen Salbenmasse überziehen. Durch diese schnelle Herstellung ist man den antiseptischen Ansprüchen besser gerecht geworden. Für gewöhnlich wird eine 5 % Arg. nitr.-Salbe in Verwendung gezogen. Nach dieser Methode hat Fl. 41 Fälle behandelt, wovon 2 nach einmaliger Einführung des Bougies, 28 nach 7maliger Einführung geheilt wurden; in 11 Fällen war der Erfolg nur ein vorübergehender, 2 entzogen sich der Behandlung. Wenn mit dieser Methode nichts erreicht wird, benutzt Fl. Stäbchen aus Wachs mit 5 % Tanningehalt, 3—5 mm im Durchmesser. Zu ihrer Anwendung wird zuerst das Urethroskop eingeführt, der Obturator dann entfernt, das Stäbchen eingeschoben bis zur kranken Stelle und das Urethroskop herausgezogen. In dritter Linie wird 1 ‰ Arg. nitr.-Lösung injiziert und als Waschwasser

Digitized by Google

in einem der gebräuchlichen Harnspülapparate verwendet. Über die Methode von Oberländer, die fortgesetzte Dilatation, fehlt Fl. eigene Erfahrung; doch glaubt er aus theoretischen Gründen, wegen der dabei erzeugten Einrisse der Schleimhaut dieselbe nicht anwenden zu sollen.

Diskussion:

Ihle erklärt sich für die Salbenmethode Unnas gegenüber der Lanolinsalbenmasse von Caspar, welche zu hart ist.

Saalfeld meint, dafs bei der Tripperbehandlung die chronische Prostatitis zu wenig beachtet wird.

Bender: Nach seinen Erfahrungen aus der Bonner Klinik eignet sich die Sondenbehandlung mit Salbe nicht bei Strikturen, da die Salbenmasse vorher schon abgestreift wird, bevor sie zur kranken Stelle gelangt. Bei zirkumskripter Gonorrhöe sind die Stäbchen vorzuziehen; er hält Wismutstäbchen für besser als Tanninstäbchen, weil erstere weniger reizen.

Unna erkennt die von Fleiner angegebenen Modifikationen seines Verfahrens als dankenswerten Fortschritt an. Gegenüber Bender bemerkt er, dafs die Kakaobutter so hart ist, dafs sie beim Hineinschieben nicht schmilzt und erst beim längeren Verweilen in der Körpertemperatur an der kranken Stelle zur Wirkung gelangen kann und soll.

Fleiner: Die Reizung, welche Tannin erzeugt, ist gerade erwünscht in einer ganzen Reihe von Fällen.

Neisser hat Oberländers Methode bei Strikturen mit augenblicklich guten Erfolgen angewendet, ob dieselben von Dauer sein werden, kann er noch nicht sagen. — Die Vergrößerung, welche sich etwa an der Prostata finden kann, hat nach seinen Erfahrungen ganz und gar keine Bedeutung für die Behandlung der Gonorrhöe. N. fragt Fleiner, welche Kriterien er zur Beurteilung der Heilung der Gonorrhöe benutzt.

Fleiner: Wenn keine subjektiven Erscheinungen vorhanden, kein Ausfluſs nachzuweisen und keine Urethralfäden mehr im Harn erscheinen. Er beobachtet verschiedene Fälle schon Jahre lang, welche nach seiner Behandlung geheilt geblieben sind.

Unna läfst nach dem Verschwinden des Ausflusses und der Urethralfäden noch längere Zeit die Blase mittels eines von ihm angegebenen, sehr praktikabeln Spülapparates von dem Patienten selbst jeden Abend ausspülen oder mit einer schwachen Seifenlösung gewöhnliche Injektionen machen.

von Sehlen (Hamburg): **Zur Frage nach den Ursachen der Alopecia areata** (wird in extenso in den *Monatsheften* publiziert).

Diskussion:

Unna: Während er früher mehr der Annahme zuneigte, als handle es sich bei der Alopecia um eine Affektion auf nervöser Grundlage, haben sich in den letzten Jahren in seiner Praxis die Fälle häufiger angetroffen, wo von einer Quelle ausgehend die Krankheit sich in weitere Kreise ausgedehnt hat. Er schliefst sich daher dem Vorredner an, dafs die Alopecie als Infektionskrankheit aufzufassen sei, welche sich gelegentlich auch auf einem trophoneurotisch veränderten Boden entwickeln kann. — Er möchte ferner, wie v. Sehlen, als These aufstellen: im gesunden Haarfollikel finden sich keine Kokken.

Joseph (Berlin) weist auf die wechselnden Erfolge bei Nervendurchschneidung hin, betont aber, dafs er in positiven Resultaten keine Kokken gefunden habe. Einen Teil der Fälle von Alopecia möchte er daher ganz entschieden für eine trophoneurotische Affektion halten.

Digitized by Google

v. Sehlen glaubt, dafs in den positiven Fällen nur ein geeigneter Nährboden für die Kokken geschaffen worden sei.

Joseph hat aber in diesen Fällen keine Kokken gefunden und auch keine Reinkultur gewinnen können. Er hält fest, dafs ohne Verletzung bei Katzen nie ein alopecetischer Haarausfall eintritt.

v. Sehlen hat eine solche Katze sogar in dem Berliner Laboratorium, wo Joseph die Versuche angestellt hatte, gesehen. — Auf Befragen Neissers macht v. Sehlen einige Mitteilungen über die Reinkulturen seiner Alopecie-Kokken. Dieselben besitzen kein Oberflächenwachstum, sind fakultativ anaërob, verflüssigen Agar nicht und unterscheiden sich von andern ähnlich gearteten Kokken durch die weifse Farbe ihrer Kolonien gegenüber der gelben Farbe jener.

Pollitzer (New York): 1. **Über die Natur der von Zander im fötalen Nagel gefundenen Körnerzellen** (s. diese Nummer pag. 346). 2. **Über Bacillenbefunde bei den Exanthemen der Lepra nervorum.** 3. **Histologie der Condylomatosis nigra multiplex.**

Da Herr Pollitzer leider verhindert war zu kommen, macht Herr Unna einige Mitteilungen aus dem zweiten Vortrage. Der 2. und 3. Vortrag werden übrigens ebenfalls ausführlich in den *Monatsheften* erscheinen.

An die Mitteilung Unnas über die Bacillenbefunde bei Lepra schliefst sich folgende

Diskussion:

Arning macht darauf aufmerksam, dafs der Bacillenbefund in der Haut bei Lepra nervorum an und für sich noch garnicht gegen die feststehende Regel spricht, dafs bei reinen Formen von Nervenlepra Bacillen ausschliefslich nur in den Nerven gefunden werden. In den durch trophoneurotische Störungen bedingten Erythemflecken der Haut fällt die Bacillenuntersuchung stets negativ aus. Kommen in solchen Flecken aber Bacillen vor, wie in dem von dem Vorredner angeführten Fällen, so haben wir es eben mit einer Mischform von Lepra nervorum mit Lepra tuberosa zu thun, und derartige Fälle sind eben die allermeisten.

Unna entgegnet, dafs auch dort, wo sich für gewöhnlich keine Tubera entwickeln, doch in dem Falle von Pollitzer Bacillen anzutreffen waren, obwohl die Haut dort anscheinend gesund war.

Neisser findet bei Nervenlepra Infiltrate ohne Bacillen.

Arning wirft ein, dafs bereits vor dem Erscheinen der Knoten in den Roseolen Bacillen zu finden seien.

v. Sehlen: 1. **Bakteriologische Beobachtungen bei der Chrysarobinbehandlung der Trichophytie.**

2. **Über die bakteriologische Methode in der Dermatologie.**

3. **Über Fruktifikationsform des Trichophyton tonsurans.**

4. **Über Züchtung des Mikrosporon furfur.** —

Alle 4 Vorträge erscheinen in extenso in den *Monatsheften*.

IV. Sitzung, am 20. September 2½ Uhr nachmittags.

Vorsitzender: Herr Unna.

Philippson (Hamburg) bespricht seine **Methode der Anfertigung von Flächenbildern der Epidermis und Cutis,** welche den Lesern der *Monatshefte* bereits bekannt ist. Der Vorteil derselben bei pathologischen Verhältnissen besteht in der leichten Erkenntnis der etwaigen Abweichung in der Form des Leistennetzes der

Digitized by Google

Epidermis und derjenigen der Papillen. Ferner lassen sich danach im vorhinein die durch Schnitte zu gewinnenden Bilder der Epithelzapfen und Papillen konstruieren, so daſs man vor den täuschenden Bildern der Schrägschnitte besser geschützt ist. Er demonstriert verschiedene Stadien der Entwickelung von Lichen ruber planus, Psoriasis, Atrophia cutis, Sklerodermie, Narben etc. auf Flächenbildern der Cutis und Epidermis.

Schweninger (Berlin): **Kleinere Mitteilungen über Verruca vulgaris, Pseudolepra, Hemiatrophia facialis progressiva.** Im Anschluſs an die histologische Arbeit von Kühnemann über Verruca (aus d. Labor. des Prof. Schweninger, veröffentlicht in *Monatshefte*. Bd. VIII. pag. 341) teilt S. einiges über den von demselben Autor gemachten Befund von Bacillen in menschlichen Warzen mit. In einer vorgezeigten Stichkultur auf Agar bilden sie Kolonien mit grünlichgelber Farbe. Mit dieser Reinkultur sind 10 Impfversuche bei Kaninchen und auf dem Kamm von Hähnen gemacht. Nach etwa 14 Tagen entstanden warzenartige Exkreszenzen, die aber noch nicht histologisch geprüft worden sind.

Der Fall von Pseudolepra ist bereits von Dr. Ernst in den Mitteilungen aus dem Laboratorium von Prof. Schweninger veröffentlicht; zu demselben wird die betreffende Photographie des Patienten herumgereicht.

Die Hemiatrophia facialis progressiva betrifft ein 7 Jahre altes Kind; wie sich, auch aus dem Porträt, ergibt, ist die ganze linke Gesichtshälfte in allen Einzelheiten kleiner als die rechte. Nicht allein die Haut, auch die darunterliegenden Knochen sind atrophisch. Haut pigmentiert, bis auf den Hals hinunter, stellenweise ist sie fest mit der Unterlage verbunden (sklerodermatisch). Unteres Augenlid ektropioniert. Oberflächliche Gefäſsektasien. Leichte Lymphdrüsenschwellung. Hinter dem linken Ohre eine Geschwulst, ebenfalls pigmentiert. Am übrigen Körper findet sich sonst nur in der Kreuzbeingegend eine linsenförmige, pigmentierte Narbe, deren Ursprung unbekannt, und auf der linken Seite des behaarten Kopfes zwei kahle Stellen von unregelmäſsiger Form; Haare, welche diesen Stellen nahe standen, wurden ohne Erfolg auf Bacillen geprüpft. Wegen der starken Pigmentierung und der Geschwulst hinter dem Ohre könnte man vielleicht auch an Xeroderma pigment. denken.

Diskussion:

Unna würde nach dem vorliegenden Porträt von Pseudolepra nicht an Lepra gedacht haben, da bei der weit gediehenen Geschwulstentwickelung auf der Stirn im Falle einer echten Lepra die Nase und die Ohren und Lippen eine viel beträchtlichere Deformation würden erfahren haben.

Neisser stimmt Unna bei.

Wolff (Straſsburg): **Über Jodkaliwirkung bei Syphilis.** Jodkalium ist, wie aus eigener Erfahrung zu bestätigen, bei primärer und sekundärer Syphilis ohne alle Wirkung. Anders bei tertiärer, wo W. in 4 Fällen von sehr schwerer Syphilis bis zu sehr groſsen Dosen von JK gestiegen ist, ohne üble Nebenwirkungen. Die erste Anwendung wurde bei einer Patientin gemacht, bei welcher im vorhergehenden Jahre Ausschläge auf Handrücken und ein hartnäckiges Geschwür auf der Tonsille nach Hg-Einreibungen zurückgegangen waren. Winter 1887 trat wiederum das Geschwür auf der Tonsille auf, nahm phagedänischen Charakter an, es trat Kniegelenkentzündung mit Osteophytenbildung hinzu, der allgemeine Zustand wurde sehr schlecht, Decubitus: Prognose infaust. Da wurde JK innerlich gegeben, zuerst 3 g pro die, dann 8 g; da Rachenaffektion zugenommen, muſste Ernährung mittels Schlundsonde gemacht werden. Allmählich stieg man mit der täglichen Dosis von JK, da die Wirkung eine gute zu sein schien, bis schlieſslich 50 g pro die 3 Monate lang, also

Digitized by Google

im ganzen 5 kg JK genommen wurden. Der Erfolg war, was Lokalaffektionen wie Allgemeinbefinden betrifft, ein vorzüglicher: Pat. hat 28 Pfund an Körpergewicht zugenommen.

In einem zweiten Falle ging ebenfalls eine ulceröse Angina nach 42 Einreibungen mit Hg-Salbe nicht zurück, wonach mittels 30 g pro die JK 2 Monate hindurch dasselbe gute Resultat wie oben erzielt wurde: Körpergewicht um 21 Pfund zugenommen.

In einem dritten Falle wurden 16 g pro die vertragen.

In einem vierten Falle von syphil. Ozaena wurden 32 g JK pro die gegeben.

So hohe Dosen von JK haben auf primäre Affektionen gar keinen Einfluſs; bei 2 Sklerosen wurden 40—56 g JK pro die gegeben ohne jeglichen Erfolg.

W. glaubt dadurch die Erscheinungen des Jodismus trotz der überaus hohen Dosen von JK vermieden zu haben, daſs er dasselbe nicht, wie es gewöhnlich gegeben wird, in Wasser verabreichte, sondern in Amylum. Theoretisch denkt W. sich die Zersetzung derart, daſs bei einfacher Einverleibung des JK in Wasser das im Magen frei gewordene J, vom Körper aufgenommen, die Vergiftungssymptome macht, während, wenn Amylum im Magen zu gleicher Zeit vorhanden, das freie J sofort gebunden wird.

Diskussion:

Neisser bemerkt, daſs der Kopfschmerz bei Jodismus zu verhindern ist durch gleichzeitig verabreichtes Antipyrin. N. fragt Vorredner, ob er doppelt-kohlensaures Natron in Anwendung gezogen.

Wolff findet das Natron als Gegenmittel gegen den Jodismus für nicht geeignet.

Schütz (Frankfurt): **Demonstration mikroskopischer Präparate von Lupus erythematodes.** Die Präparate stammen von einem Lupus eryth. am Hinterkopfe einer alten Dame; er bestand $1^1/_2$ Jahr, bildete runde, kahle Stellen, auf denen groſse Komedonen sichtbar, er war mit der Haut verschiebbar. Das histologische Bild zeigt, daſs die Affektion mit einer Rundzelleninfiltration um die Haarbälge beginnt, die aber in späteren Stadien an den Gefäſsen entlang auch tiefer steigt; alsdann finden sich auch Mastzellen. Die Cutis wird ödematös, Papillen vergröſsern sich und verschmelzen miteinander. Talgdrüsen vergröſsern sich. Epithel hebt sich zum Teil von der Cutis ab, einzelne Zellen fallen einer fettigen Degeneration anheim. Wenn Haarfollikel cystisch erweitert sind, verschmelzen sie miteinander. Mikroorganismen wurden nicht gefunden.

Diskussion:

Unna: Während in Deutschland Lupus eryth. scharf von der Tuberkulose getrennt wird, findet man in Frankreich und bei Boeck (Norwegen) die entgegengesetzte Meinung noch bestehen.

Schütz trennt diesen Lupus ebenfalls scharf von der Tuberkulose, bemerkt aber, daſs er gelegentlich bei Frauen aus tuberkulösen Familien vorkommt.

Neisser sieht ebenfalls keinen Zusammenhang mit Tuberkulose.

Veiel stimmt ihm bei.

Von angemeldeten, aber nicht gehaltenen Vorträgen sind noch nachzutragen: Stern (Mannheim): 1. Zur Ätiologie der Sykosis vulgaris, 2. Zur Narbenverbesserung. — Letzel (München): Über Balneotherapie des chron. Ekzems. — Eichhoff (Elberfeld): Thema vorbehalten.

Digitized by Google

Schlufs der letzten Sitzung:

Herr Unna spricht im Namen der Versammlung dem einführenden Vorsitzenden, Herrn Fleiner, und dem Schriftführer, Herrn Dinkler, den verbindlichsten Dank für ihre Mühewaltung aus und schlägt ersteren unter allgemeinem Beifall zum provisorischen Vorsitzenden für das laufende Jahr vor. Herr Fleiner nimmt die Wahl nur unter dem Vorbehalt an, dafs die neuen Statuten (nach welchen es eben § 17 heifst: „Die Abteilungen haben alljährlich am Schlusse ihrer Abteilungsversammlungen je einen Abteilungsvorstand zu wählen, welcher das Spezialprogramm der Abteilung für das nächste Jahr vorzubereiten, und sich zu dem Zwecke mit dem Vorstande in Verbindung zu setzen hat") schon jetzt rechtsgültig sind und dafs er sich zwei Herren kooptieren kann, um die Vorbereitungen für das nächste Jahr zu treffen.

Herr Unna gedenkt alsdann mit einigen Worten der recht stattlichen Zahl (31) von angemeldeten und gehaltenen Vorträgen, von denen bemerkenswerter Weise 8 aus Universitätskreisen stammen, während die übrigen der Arbeit praktischer Ärzte zu danken sind. Für die nächste Versammlung (in Bremen) wäre es vielleicht vorteilhaft, den Arbeitsstoff so, wie es in Paris auf dem internationalen Dermatologenkongrefs geschehen ist, zu gruppieren, dafs nämlich bestimmte Fragen aufgestellt werden, nach welchen Referenten und Koreferenten im vorhinein ihre Vorträge einrichten.

Noch niemals seit Bestehen der Dermatologie ist dieselbe im Verlaufe eines einzigen Jahres so glänzend gefeiert und gepflegt worden, wie in diesem Jahre. Nach Konstituierung des Vereines deutsch-österreichischer Dermatologen fand seine erste Versammlung in Prag statt. — Glänzend sowohl hinsichtlich der wissenschaftlichen Arbeit, welche geleistet wurde, als auch mit Rücksicht auf den äufsern Erfolg, welcher dem französischen Geschmacke zu danken ist, verlief der erste internationale Dermatologen-Kongrefs in Paris, zu dem Vertreter von allen Ländern der Welt sich versammelt hatten, um wichtige, brennende Fragen von weittragender theoretischer wie praktischer Bedeutung zu erledigen. — Und schliefslich sehen sich, wie alljährlich, die deutschen Dermatologen wieder geeint auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Hoffentlich wird die Veränderung, welche durch die neuen Statuten in dem Charakter der Versammlung eingetreten ist, nur einen förderlichen Einfluſs wie auf das Ganze so auch auf die Abteilungen ausüben und den Bestand unserer Spezialsektion nur um so sicherer begründen helfen.

Digitized by Google

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologisches.

Über Entstehung und Therapie des akuten Jodismus, von Dr. Röhmann und Dr. Malachowski in Breslau. (*Therap. Monatsh.* No. 7.) Verff. haben 86 Personen Jodkali in Dosen von 1,0—3,0 g pro die verabreicht und haben bei 45 von diesen, also bei über 50 %, mehr oder weniger heftige Reizerscheinungen feststellen können. Die Mengen des Jodkaliums, welche zum Auftreten des Jodismus führen, sind aufserordentlich verschieden, es entstand Jodismus sowohl nach Verabreichung von nur 0,33 g, als auch bei 18 unter 29 Personen, welche 3,0 g auf einmal oder auf 3 Dosen verteilt in Wasser erhalten hatten. Weder Extr. Belladonnae, noch Atropin, noch Sol. Fowl., noch Milch (letztere mildert aber doch etwas die Erscheinungen) waren imstande, den Jodismus hinten anzuhalten. Verff. erörtern dann die bestehenden Ansichten über die Ursachen des Jodismus und kommen nach eigenen Experimenten zu dem Schlusse, dafs im menschlichen Organismus eine Abspaltung von Jod aus dem Jodkalium durch die Nitrite unter Vermittelung der Kohlensäure nur dann eintreten kann, wenn an dem Ort der Zersetzung kein Alkali vorhanden ist. Da nun die Kohlensäure bei jedem Individuum und in allen Geweben vorhanden ist, so müssen zwei Bedingungen zusammenwirken, damit Jod frei werden und demnächst Jodismus entstehen kann; es müssen 1. Nitrite im Organismus zirkulieren; 2. darf die Reaktion in den betreffenden Schleimhäuten nicht alkalisch sein. Nach dieser Hypothese würde es 3 Wege zur Bekämpfung des Jodismus geben: 1. wir suchen das bereits abgespaltene Jod wieder zu binden; 2. wir beseitigen die salpetrige Säure in dem Augenblick, wo sie durch die Kohlensäure aus ihren Salzen in Freiheit gesetzt wird, so dafs sie also Jodkalium nicht mehr zerlegen kann, oder endlich 3. wir verhindern die Entstehung von freier, salpetriger Säure, indem wir die nicht alkalische Reaktion auf den betreffenden Schleimhäuten in eine alkalische umzuwandeln suchen. Letzteres glauben Verff. durch Verabreichung von Natrium bicarbonicum zu erzielen und sprechen die Erfolge dafür. Nach Eintritt des Schnupfens und Stirnkopfschmerzes wurden ca. 10—12 g Natr. bicarbonic., auf 2 Dosen verteilt, innerhalb 24 Stunden gereicht und es gelang innerhalb weniger Stunden stärkere Beschwerden ganz bedeutend zu mildern, leichtere vollständig zum Verschwinden zu bringen, wobei natürlich das Jodkali weiter gegeben wurde.

L. Hoffmann-Berlin.

Spezifische Entzündungen.

b. *Cutiserkrankungen.*

Assistenzarzt Dr. Julius Fessler an der chirurgischen Klinik zu München berichtet (*Münch. med. Wochenschr.* 1889. No. 31) über zwei klinisch beobachtete Fälle von **Aktinomykose** und stellt als charakteristisch zur rechtzeitigen Erkenntnis der Krankheit folgende Erscheinungen fest:

1. den torpiden hartnäckigen Verlauf der Entzündung ohne Fieber und besonderen Schmerz;

Digitized by Google

2. die beträchtliche Ausdehnung und Härte der entzündlich ergriffenen Gegend;

3. wo der Prozefs an oder in einem Knochen sitzt, sind mit letzterem die Weichteile fest verwachsen und hängen durch derbe Stränge mit ihm zusammen;

4. gewöhnlich nach Wochen oder Monaten Bildung einer oberflächlichen umschriebenen Erweichung, welche sich ohne stürmische Erscheinungen nach aufsen entleert;

5. die Erweichung ist geringfügig, ein blutig gefärbtes Serum, event. Nachweis von Drüsen in ihm;

6. ein solcher Erweichungsherd vernarbt rasch, die ganze Geschwulst geht jetzt etwas zurück, wächst aber schon in den nächsten Wochen wieder;

7. ein ausgedehnter Zerfall scheint erst spät einzutreten.

Eckart-Nürnberg.

Dr. C. B. Tilanus, Privatdozent der Chirurgie an der Universität zu Amsterdam, erzählt einen Fall von **Aktinomykose der Gesichtshaut.** Ein junges Mädchen sonst gesund, wurde von einer Schwellung der rechten Gesichtshälfte befallen, die anfangs langsam zunahm, später an mehreren Stellen durchbrach, aber nicht wieder heilte. Die rechte Wange war vom untern Augenlid an bis an den Hals stark geschwollen, mit roten prominierenden Flecken und dazwischen granulierenden Geschwüren, die wenig seropurulente Flüssigkeiten absonderten, bedeckt; am Hals ein halbfluktuierender Tumor fühlbar. Der Mund kann gut geöffnet werden, die Schleimhaut an der Innenfläche der Wange nicht oder nur wenig infiltriert, aber beinahe alle Zähne kariös. Mikroskopisch wurde die Diagnose festgestellt und dann die Fisteln und Höhlen ausgekratzt, die Gänge mit Sublimat ausgespritzt und antiseptisch verbunden. Nach Wiederholung der Auslöffelung Heilung. (*Münch. med. Wochenschr.* 1889. No. 31.) *Eckart-Nürnberg.*

Korrespondenz.

An die Redaktion der *Monatshefte für Praktische Dermatologie.*

Da in dem von Dr. Ludwig Török in den *Monatsheften* veröffentlichten Berichte über den Internationalen Kongrefs für Dermatologie und Syphiligraphie in Paris meine Äufserungen über die **Anwendung unlöslicher Merkurialpräparate bei der Behandlung der Syphilis und über gewisse dabei vorkommende Komplikationen** in etwas verändertem Sinne dargestellt worden sind, erlaube ich mir einige kurze Auseinandersetzungen über den von mir daselbst abgehandelten Gegenstand der Redaktion zuzusenden.

Vor allem mufs ich betonen, dafs ich ein entschiedener Anhänger der Injektionstherapie mit unlöslichen Merkurialpräparaten bin und die genannte Behandlungsmethode, wenn dieselbe richtig und sachverständig angewandt wird, als für recht wirksam und völlig ungefährlich erachte. Es ist dieses leicht aus allen meinen vorhergehenden mit dem vorliegenden Gegenstande verbundenen Publikationen zu ersehen[1], und denselben Standpunkt bewahre ich ebenfalls in der in Paris während

[1] 1. Zur Behandlung der Syphilis mit Kalomelinjektinen. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphilis.* 1884. — 2. Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Kalomel und von Quecksilberoxyden. *Wiener Medic. Presse.* 1886. — 3. Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze. Internationaler Kongrefs zu Washington 1887. — 4. Syphilis und Kopfinsulte. *Vierteljahresschr. f. Dermat. u. Syphilis.* 1887. — etc.

Digitized by Google

der Sitzungen des Internationalen Kongresses gemachten Kommunikation, die nächstens in einer der speziellen Zeitschriften in exstenso erscheinen wird.

Ich hob am erwähnten Orte die Umstände hervor, unter welchen gewisse unangenehme respektive gefährliche Komplikationen im Laufe des eingeleiteten Behandlungsmodus auftreten können.

Die Resultate der von mir gemachten Versuche an Katzen, denen ich in die V. v. Jugulares graues Öl und Quecksilberoxyd in verschiedenen Vehikeln suspendiert injizierte, dienten mir die Thatsache festzustellen, dafs üble Folgen beim Menschen unter dem Gebrauche von rationellen Dosen der unlöslichen Injektionsmittel nur dann entstehen können, wenn dieselben mit fettigen Vehikeln injiziert zufällig in das Venensystem resp. in die Lungen geraten, daselbst gröfsere Gefäfse verstopfen und zu mehr ausgedehnten und physikalisch nachweisbaren Infiltrationen in den Lungen Anlafs geben können.

Beim Gebrauche von Flüssigkeiten, die sich leicht mit dem Blute mischen (Solut. Gummi Arabici) entstehen dagegen nur unter diesen Umständen miliäre, im Lungenparenchym unregelmäfsig zerstreute embolische Herde, die, ohne das Allgemeinbefinden des Kranken zu beeinträchtigen und ohne üble Folgen für denselben, rasch zur Resorption gelangen können.

Weit entfernt, die Injektionsbehandlung mit unlöslichen Hg-Präparaten als die beste Luestherapie zu betrachten, bin ich auf Grund der von mir gemachten Erfahrungen zur Überzeugung gelangt, dafs dieselbe, richtig angewandt, mit den übrigen im verbreiteten Gebrauche stehenden Behandlungsmethoden der Syphilis unbestritten in eine Reihe gestellt zu werden verdient.

Warschau, den 15. September 1889.

Hochachtungsvoll

Dr. v. Watraszewski.

Die Menge und Mannigfaltigkeit des in relativ kurzer Zeit aufzuarbeitenden Materiales verursachte das Übersehen der einleitenden Worte der Äufserung des Dr. Watraszewski. Hierdurch wurde thatsächlich zu einer falschen Interpretation Gelegenheit geboten, indem Dr. Watraszewski auf Grund des referierten Teiles seiner Kommunikation als Gegner der Injektionen mit unlöslichen Quecksilberpräparaten erscheinen konnte. Obiger „restitutio ad integrum" kann ich nur die Versicherung meines lebhaften Bedauerns über diese Ungenauigkeit, welche sich in dem betreffenden Teile des Referates eingeschlichen hatte, beifügen.

Hamburg, 23. September 1889.

Dr. Ludwig Török.

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Beissel. *Die Krankheiten der Haut und ihre Behandlung an den Aachener Thermen.* Aachen, J. A. Mayers Verlag.

Soffiantini. *Il secondo biennio di Cuba alle fonti termali Acidule, Saline, Ferruginose, Arsenicali con Litina di Acquarossa.*

Frey, Anton. Die Schwitzbäder in physiologischer und therapeutischer Beziehung. *Sammlung klinischer Vorträge* von Volkmann. No. 332. Leipzig, Breitkopf und Härtel.

Hahn. Über Hydrarg. salicylic. S.-A. aus *Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889.

Bender. Behandlung der chronischen Gonorrhöe. S.-A. aus *Archiv f. Dermat u. Syph.*

Digitized by Google

Neuhaus. Über Creolin. S.-A. aus *Deutsche Med.-Ztg.* 1889. No. 55.

Spina. Schablonenzeichnungen auf der Oberfläche der Niere und Leber. S.-A. aus *Allgem. Wiener med. Ztg.* 1889.

G. Hoppe-Seyler. Zwei Fälle von Sklerodermie. S.-A. aus *Deutsches Archiv für klin. Medizin.*

Meyer, Willy. A Contribution to the Surgery of the Bladder. S.-A. aus *New York Med. Journal.* February 23. 1889.

Marianelli, Amedeo. Contributo allo Studio del Pemfigo Vegetante. Milano 1889.

Feulard. *Catalogue des Moulages coloriés de l'hôpital St. Louis.* Paris 1889.

Barthélemy. Prophylasie publique de la Syphilis. *Annales de Dermat. et de Syph.* Fasc. 2. 1889.

Reymond. Epithélioma sur lupus en évolution. I. u. II. *Annales de Dermat. et de Syph.* Fasc. 2. 1889.

Nielsen, Ludv. Om Karcinom paa Lupus. S.-A. aus *Hospitals-Tidende.*

Reinke. Experimentelle Untersuchungen über die Proliferation u. Weiterentwickelung der Leukocythen. S.-A. aus *Beiträge zur pathol. Anatomie etc.* Bd. V.

Hamburger dermatologisches Laboratorium

von Dr. Unna.

Gegenüber den immer zahlreicher werdenden Anfragen nach den Bedingungen für den Eintritt in mein Laboratorium sehe ich mich noch einmal veranlafst zu betonen, dafs dasselbe durchaus kein Institut ist, welches mit den Ferienkursen für praktische Ärzte einen Vergleich zuläfst.

Es soll lediglich solchen Ärzten, welchen es um eine streng wissenschaftliche Ausbildung in der Dermatologie zu thun ist, Gelegenheit geben, die neuen Anschauungen und Methoden dieser Spezialwissenschaft an einem ausgesuchten privaten Krankenmaterial kennen zu lernen und dieselbe durch selbständige Arbeiten zu erweitern. Daher ist naturgemäfs die Zahl der Laboranten beschränkt und das Mafs der Anforderungen, welche ich an deren Vorbildung stellen mufs, ein erhöhtes. Die letztere wird zweckmäfsigerweise vorher an den Laboratorien der Universitäten und in den Ferienkursen derselben gewonnen.

Vom 1. Januar 1890 gelten mithin folgende Aufnahmebedingungen:

1. Die Arbeitszeit beträgt im allgemeinen ***ein volles Jahr.*** *Nur bei besonders guter Vorbildung (z. B. für Assistenten an dermatologischen Kliniken oder Polikliniken) halte ich einen kürzeren Zeitraum für zulässig. Dagegen ist* ***selbständigen*** *Forschern auf dermatologischem Gebiet mein Laboratorium zur Ausarbeitung bestimmter Fragen, so weit Raum vohanden, zu* ***beliebiger*** *Benutzung empfohlen.*

2. Die Laboranten müssen mit den Anfangsgründen der ***Histologie*** *und* ***Bakteriologie*** *theoretisch und praktisch vertraut sein.*

3. Die Laboranten wohnen und arbeiten im Institute selbst.

4. Ausländern ist in ihrem eigenen Interesse ein vorhergehendes Studium der deutschen Sprache zu empfehlen.

5. Der Preis beträgt pro Jahr für volle Pension und Unterricht durchschnittlich 2500 Mark.

Hamburg den 1. Oktober 1889. *Dr. P. G. Unna.*

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 9. 1. November 1889.

Aus der Klinik für Hautkrankheiten und Syphilis an der Universität Neapel (De Amicis) und aus dem bakteriologischen Laboratorium von Prof. Cantani.

Experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers und über die Bubonen.

Von

Dr. August Ducrey,
Assistent.

(Übersetzt von Dr. Philippson-Hamburg.)

Obgleich man bisher die Natur des weichen Schankers, die Lehre vom Unitarismus und Dualismus, die Spezifizität und Nichtspezifizität des Ansteckungsstoffes, welchen alle Spezialisten ohne Ausnahme dem weichen Schanker zuerkennen, viel diskutiert und sogar mehrmals experimentell untersucht hat, so scheinen uns doch die geeigneten Forschungen, welche zu dem Zwecke angestellt wurden, die wahre Natur dieses spezifischen Giftes zu entdecken, nicht gerade besonders zahlreich zu sein.

Seitdem besonders in den letzten Jahren eine Zahl klinischer und experimenteller Studien einander gefolgt sind, welche den Hauptzweck hatten, die Möglichkeit zu beweisen, mittels der Produkte einer gewöhnlichen Entzündung eine Affektion hervorzurufen, die durch ihre äufsere Form oder durch ihre Eigenschaft, selbst durch eine verschiedene Anzahl von Generationen hindurch weiter geimpft werden zu können, dem weichen Schanker sehr ähnlich war, und zwar um durch diese Studien einen neuen Beitrag zur Lehre von der Heterogenität des weichen Schankers zu liefern, hat sich unter den Venerologen der Zug bemerkbar gemacht, die Bedeutung jeder Untersuchung, welche wenn möglich, das ursächliche Element dieses venerischen Giftes isolieren will, anzuzweifeln, als wenn durch jene Studien ganz unbestreitbar bewiesen wäre, dafs der weiche Schanker nicht durch ein einziges und spezifisches Virus hervorgerufen wird. Und doch hätte durch jene Arbeiten die entgegengesetzte Wirkung erzielt werden müssen, man hätte, um wenigstens zu einer Erklärung vieler Thatsachen, welche nach jener Doktrin vollständig dunkel bleiben,

Digitized by Google

zu gelangen, die Untersuchungsmittel verdoppeln müssen, damit man jenes geheimnisvollen Stoffes, welcher dem weichen Schanker den ihm eigenen Charakter verleiht, Herr werde.

Wenn man durch die klinischen und experimentellen Arbeiten von Pick, Kraus, Morgan, Schwabach, Wigglesworth, Ricord, Rinecker, Tantubri etc. zwar bewiesen hat, dafs es möglich ist, mit Eiter, welcher aus einer Quelle stammt, die nichts mit dem weichen Schanker zu thun hat, eine Läsion hervorzurufen, welche mit demselben, selbst was die Fähigkeit durch eine bestimmte Zahl von Generationen sich zu reproduzieren anlangt, einige Ähnlichkeit hat, so erhellt doch auch daraus, dafs die Experimente nicht immer gleiche und konstante Resultate in den Händen der verschiedenen Experimentatoren gegeben haben.

Jedenfalls darf man nicht aus den Augen verlieren, dafs

1. man nicht immer nach Belieben den Schanker durch Inokulation von gewöhnlichem Eiter erzeugen kann. „Eine übergrofse Serie von Inokulationen mit Eiter aus den verschiedensten Quellen hat ein negatives Resultat ergeben", hat Rieger mit Bezug auf die von Rinecker in der Klinik zu Würzburg ausgeführten Inokulationen geschrieben. „Aufser zahlreichen negativen Resultaten hat man auch positive erhalten", schrieb Finger in seiner Mitteilung über die Natur des weichen Schankers an den medizinischen Kongrefs in Strafsburg.

2. Das erzeugte Geschwür besitzt in seiner Form, seinem Verlaufe und in seinen Komplikationen gewisse Eigentümlichkeiten, welche es von dem typischen Schanker unterscheiden lassen. Gewöhnlich neigt es weniger zur Zerstörung, führt nicht zu Bubonen (Schwabach) oder wenigstens sehr selten und heilt von selbst. Finger selbst gesteht in seiner oben citierten Mitteilung mit Bezug auf die bei der Inokulation von Haut zu Haut gewonnenen Resultate, dafs der Erfolg nicht hinreichend typisch war, um dieselben als weiche Schanker bezeichnen zu können.

3. Selbst wenn der Eiter dieser Geschwüre sich als inokulabel erwies, so war er es doch nur für eine viel beschränktere Zahl von Generationen.

Sei dem wie ihm wolle, uns scheint, dafs, wenn man die aufserordentliche Kontagiosität des Sekrets des weichen Schankers in Betracht zieht, welcher das Kontagium an alles, was er berührt, mitteilt, welcher sich sehr häufig mit einer Reihe von Ulcerationen desselben Charakters umgibt, sowie man die benachbarten Teile vor dem abgesonderten Sekret zu schützen vergifst, welcher ferner auf seiner Stelle mit erschreckender Fruchtbarkeit gedeiht — so scheint uns, dafs bei dem heutigen Stand unsrer Kenntnisse der Gedanke an ein Virus notwendigerweise den an quid virum in sich schliefst, und dafs es vor allem für den Syphilidologen die strenge Pflicht ist, mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln

Digitized by Google

an die Forschung nach diesem Elemente zu gehen. Und einmal auf diesem Standpunkte, wird es ihm viel leichter sein, bei weitem genauer und wissenschaftlicher, als es die klinische Erfahrung allein vermag, den Unterschied zwischen der wahren Natur des eigentlichen weichen Schankers und einer andern Affektion zu entdecken, welche, durch gewöhnlichen Eiter hervorgerufen, dem weichen Schanker sehr analoge Charaktere darbieten würde. Dann wird es vielleicht möglich sein zu entscheiden, warum nur in gewissen Fällen der gewöhnliche Eiter dem weichen Schanker ähnliche Geschwüre hervorruft, und welches die günstigsten Bedingungen sind, welche die Experimentatoren als unerläfslich ansehen, damit die Inokulation mit gewöhnlichem Eiter gelinge, und welche dieselben, selbst ohne sie eingestandenermafsen zu kennen, geneigt sind, eher mit der Natur des Standortes als mit der Veränderung des Impfstoffes in Beziehung zu setzen.

Nachdem man in der Sektion für Hautkrankheiten und Syphilis auf dem medizinischen Kongrefs in Strafsburg (18.—23. September 1885) die Mitteilung Fingers über die Natur des weichen Schankers angehört hatte, in welcher der Autor, nachdem er in kurzen Worten die Geschichte dieser venerischen Affektion erzählt und dann über eine Reihe eigener Experimente berichtet hatte, welche sich auf die Inokulation des gewöhnlichen Eiters auf Haut und Schleimhaut bezogen, zu dem Schlusse kam, dafs der weiche Schanker als nichts Andres angesehen werden sollte, als das Produkt eines irritierenden (?) Eiters auf Hautstellen und Schleimhäuten, welche genügend reizbar wären, — warf Neisser in der Diskussion mit Recht ein, dafs man wohl glauben dürfe, dafs es gerade das Virus des weichen Schankers ist, das Finger eher die Ursache der genügenden Irritation nennte sollte.

Wenn nicht jeder Eiter stets den weichen Schanker produziert, so scheint das Hinzutreten eines Virus notwendig zu sein, und es ist sehr logisch zu vermuten, dafs dieses Virus von aufsen kommt und es ein belebtes Virus vorstellt.

Aber prüfen wir auch für einige Augenblicke die Hauptgründe, welche verschiedene Autoren veranlassen, dem weichen Schanker jede spezifische Virulenz fast a priori abzusprechen und welche daher dem Forschen nach Parasiten wenig oder keine Bedeutung beimessen!

Man hat behauptet, dafs die Inokulationszeit fehlt, oder mit andern Worten, dafs die Entwickelung des weichen Schankers unmittelbar nach der Inokulation beginnt, — aber wenn auch die Periode der Inokulation von kurzer Dauer ist, so darf man doch nicht sagen, dafs sie vollständig fehlt; denn sie wird vorgestellt gerade von dem Zeitverlauf, welcher zur Entwickelung der Schankerpustel notwendig ist, und welchem viele unter denjenigen, welche geneigt sind, dem weichen Schanker jede Inkubations-

Digitized by Google

zeit abzusprechen, den Namen „Vorbereitungsstadium“ geben. So würde also alles nur auf ein Wortspiel hinauslaufen. — Man hat auch gesagt, dafs die verschiedenen Körperregionen auf verschiedene Weise gegen das Schankergift reagieren, indem z. B. die Ulceration nicht immer gleich schnell fortschreitet und dieselbe Ausdehnung gewinnt, während doch die Haut ihrer überall gleichen chemischen Zusammensetzung nach den biochemischen Prozessen des Virus ein gleich gutes Terrain stets darbieten sollte. Aber kommt denn nicht dasselbe bei dem syphilitischen Schanker vor, dem doch deswegen keiner die Virulenz absprechen möchte? Bekanntlich gibt uns die Haut, indem sie auf das syphilitische Gift nach den Regionen, auf welche es gelangt, und oft selbst auf denselben Regionen in verschiedener Weise reagiert, mitunter das Beispiel einer kaum wahrnehmbaren Sklerose von pergamentartigem Aussehen und mitunter dagegen dasjenige einer sehr auffälligen Sklerose von knorpelartigem Aussehen, bald mit ganz unversehrter Oberfläche, bald mit tief ulcerierter Oberfläche. Man hat hinzugefügt: Obgleich die Periode des Fortschreitens eine Dauer von 3—4 Wochen hat, so zeigt sich doch bei dem weichen Schanker der Eiter der ersten Woche aktiver als derjenige der zweiten, und derjenige der zweiten aktiver als der der dritten Woche, während doch gerade das Umgekehrte stattfinden müfste; bei jeder andern virulenten Krankheit vermehrt sich doch das Virus in demselben Mafse wie die Krankheitserscheinungen wachsen. So ist aber in Wirklichkeit gar nicht das Resultat, welches aus den übereinstimmenden Experimenten hervorgeht; das konstante Faktum ist, dafs der weiche Schanker die ganze Dauer seines Fortschreitens hindurch einen inokulabeln Eiter liefert, und nach den Experimenten Fournier's scheint es bewiesen, dafs, wenn der weiche Schanker schon zur Vernarbung gelangt ist, das Sekret, selbst wenn es dann sehr flüssig und kaum mehr purulent ist, mitunter noch mit Erfolg inokuliert wird, wie wir selbst erprobt haben. — Es ist nicht wahr, wie einige behauptet haben, dafs, wenn man die Hypothese eines Virus annimmt, es keine analogen Thatsachen gebe, welche die Beobachtung bestätigen, die bei gewissen akuten Krankkeiten gemacht worden ist, dafs sie nämlich während ihres Bestehens die Aufnahmefähigkeit für den weichen Schanker verringern. Im Gegenteil weifs man, dafs oft das Eintreten einer akuten Krankheit den Verlauf einer vorher bestehenden Krankheit unterbrechen kann; so ist es auch z. B. mit dem Erysipel, welches, wenn einmal bei einem Syphilitiker entwickelt, die Erscheinungen der Syphilis, selbst wenn sie in voller Blüte stehen, im Zaune halten und selbst verschwinden lassen kann. Und ferner, warum sollte die hohe Temperatur, welche die akuten Krankheiten begleitet, ohne Wirkung auf das Virus des weichen Schankers bleiben, wenn wir schon durch bloſses Variieren der Temperatur in den

Digitized by Google

Brutöfen selbst in sehr engen Grenzen die Entwickelung jedes belebten Giftes unter den gewöhnlichen Bedingungen einer künstlichen Kultur hintenanhalten oder im Gegenteil befördern können? Und gibt es nicht etwa klinische und experimentelle Beobachtungen, welche gerade beweisen wollen, dafs bei einer bestimmten Höhe der Temperatur (38—40 °) die Giftigkeit des Schankersekretes paralysiert, wenn nicht vollständig vernichtet wird? (Aubert in Lyon, Martineau und Lormand etc.)

Wenn in früheren Zeiten das Studium der Morphologie des weichen Schankers genügen konnte, ein Studium, wodurch man dazu gelangte, die pathognomonischen Charaktere festzustellen (weichen Grund, grauen Belag, schmerzhafte, entzündlich rote, scharf geschnittene, steil abfallende Ränder) und wenn es in der Folge von Ricord bis auf uns die Eigenschaft der Impfbarkeit war, welche ihn von jeder andern gewöhnlichen Ulceration unterscheiden sollte, so haben wir heute, besonders nachdem eine gewisse Zahl von Experimenten die Wichtigkeit gerade dieser Eigenschaft in Zweifel zu ziehen scheint, die Pflicht, noch mit gröfserem Nachdruck von der Mikroskopie, Bakteriologie und vielleicht sogar von der Chemie die schärfsten diagnostischen Unterschiede zu verlangen. Und man fühlt dieses Bedürfnis noch um so lebhafter, wenn man auch den grofsen praktischen Nutzen in Betracht zieht, welchen eine genaue Diagnose bei venerischen Krankheiten hauptsächlich für die gerichtliche Medizin hat.

Wir können nicht verstehen, warum sich der weiche Schanker, wie einige behaupten, nicht in gleicher Weise wie der blennorrhoische Prozefs beurteilen lassen soll, und warum man nicht hierbei denselben Weg der Forschung gehen soll. Gewifs hat man auch bei der Blennorrhöe viel diskutiert und experimentiert, ob Ursachen gewöhnlicher Natur (Traumen, chemische Mittel etc.) in der Urethra einen dem echten blennorrhoischen Prozefs analogen Katarrh hervorrufen können oder nicht; aber deswegen hat man das andre Mittel der Forschung nicht vernachlässigt, welches die Bakteriologie uns lieferte, und welches für sich allein feststellen kann, welcher Natur das eigentliche Agens der Blennorrhöe ist.

Weil die Klinik Beispiele von Vulvo-Vaginitis bei Mädchen in jugendlichem Alter, welche ansteckungsfähig war und imstande, eine typische Urethralblennorrhöe herbeizuführen, oder etwa auch Beispiele von Blennorrhöe durch Coitus mit einem Weibe, welches menstruierte oder einen Katarrh der Vagina und des Uterus hatte, gesammelt hat, deshalb hat man doch nicht geschlossen, dafs der blennorrhoische Prozefs als ein Prozefs von gewöhnlicher Natur zu betrachten und dafs das Nachforschen nach Parasiten ohne Bedeutung sei. Im Gegenteil, solche Studien sind in weitestem Mafse auf die Blennorrhöe angewandt worden, und dieser Weg ist fast schon in allen Richtungen durchlaufen. Jedenfalls mufs derjenige, welcher sich mit klinischen Erfahrungen allein zufrieden gibt,

Digitized by Google

um daraus definitive Schlüsse zu ziehen, die Meinung derjenigen viel korrekter finden, welche sowohl die Blennorrhöe wie den weichen Schanker als Prozesse von gewöhnlicher Natur ansehen, so wie es z. B. BUMSTEAD thut, als die Meinung derjenigen, welche zwar die Blennorrhöe für eine kontagiöse und spezifische Entzündung halten, den weichen Schanker aber als das Resultat einer Inokulation mit einem reizenden Eiter ansehen, wie es die Meinung z. B. von FINGER ist. Es ist gut, sich hierbei der Worte von BUMSTEAD über die Blennorrhöe zu erinnern: „Man hat vermutet, dafs sie von einem ihr eigentümlichen Virus, dem gonorrhoischen Virus, abhinge; jetzt weifs man, dafs sie von irgend einem einfachen Reiz verursacht werden kann, aber insbesondere von dem Urethraleiter oder von dem andrer entzündeter Schleimhäute, möge dieser Eiter seinen Ursprung dem Ansteckungsstoff verdanken oder nicht. So ist die Geschichte der Blennorrhöe, so können wir sagen, wird die Geschichte des weichen Schankers sein.“ — Wer seinen Gedanken präzisiert und es vorzöge, den weichen Schanker als das Resultat einer gewöhnlichen, mehr oder weniger lokalisierten Eiterinfektion anzusehen, aus dem Grunde, weil in dem produzierten Sekret sich gewöhnlich die pyogenen Mikroorganismen (albus, albus cereus, aureus citreus) finden, während er gleichzeitig nicht die Spezifizität der Blennorrhöe leugnen kann, in deren Produkt man ebenfalls dieselbe Reihe von pyogenen Mikroorganismen antrifft, und für welche er doch den Gonokokkus NEISSERS (CAMPANA) anerkennt, — diesem würden wir entgegenhalten, dafs wenn bei der Blennorrhöe die pyogenen Elemente nicht genügen, um den Prozefs zu erklären, sich es ebenso notwendigerweise mit dem weichen Schanker verhalten mufs, bei dem man nicht das Recht hat, das spezifische Element zu leugnen, nur aus dem Grunde, weil man es noch nicht hat finden können. —

Gerade durch diese Betrachtungen liefsen wir uns leiten, als wir uns vornahmen, einen bescheidenen Beitrag zum Studium der eigentlichen Natur des venerischen Kontagiums zu liefern. In der Eigenschaft eines Assistenten an der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten, geleitet von Prof. DE AMICIS, richteten wir unsere Untersuchungen auf die Entdeckung eines spezifischen Etwas, welches, mit der Fähigkeit sich zu vervielfältigen begabt, zugleich ein quid virum sein mufs.

Schon seit langem hat die Idee an ein organisches Kontagium bei dem weichen Schanker Wurzel gefafst, und es fehlt auch nicht an Forschungen in dieser Richtung, nur haben dieselben niemals zu einem sicheren Schlusse führen können, denn die zahlreichen Formen von Mikroorganismen, welche in einem offenen Schanker existieren, und auch der Wechsel bei verschiedenen Schankern machten eine Übereinstimmung unter den Resultaten der verschiedenen Beobachter unmöglich. Und dann, wenn durch einen glücklichen Zufall diese lang ersehnte Überein-

Digitized by Google

stimmung erzielt worden wäre, mit Hilfe einfacher mikroskopischer Untersuchungen, ohne das Resultat von Kulturen und Inokulationen, wer hätte jemals garantieren können, dafs der gerade angenommene unter allen andern der pathogene Mikroorganismus wäre? Und wir glauben, dafs dieses Auseinandergehen der Resultate nicht der geringste Grund gewesen ist, bei einer grofsen Zahl die Lehre von der parasitären und spezifischen Natur des weichen Schankers zu diskreditieren.

Ohne die Meinung Hauptmanns zu beachten, welcher im 17. Jahrhundert die Existenz einer besonderen Art von Insekten annehmen wollte, welche in dem schankrösen Eiter lebten und sich schnell vermehrten, erinnern wir nur kurz aus geschichtlichem Interesse an die Vibrionen von Bonné, an die Parasiten von Didier, an die Crypta syphilitica von Salisbury, und das Causticum syphiliticum von Hallier, und gedenken der Untersuchungen von Obraszow, Leistikow, Morison, Ferrari und Mannino. Keiner dieser Autoren hat sich besonders mit dem Kulturverfahren als Beweismittel beschäftigt, um dem mikroskopischen Resultat aus den Untersuchungen des weichen Schankers und seiner Bubonen eine Stütze zu geben.

Im Jahre 1886 kündigte de Luca de Catane in einer Gedenkschrift mit dem Titel: *Der Mikrokokkus des weichen Schankers*, an, dafs er mit Hilfe der gewöhnlichen Methode der Isolierung auf Fleischnährgelatine denselben in dem Sekrete eines weichen Schankers von der vorderen Öffnung der Vagina und eines andern Schankers, welchen er aus dem Eiter des ersteren durch Impfung gewonnen hatte, gefunden hätte, und dafs somit das Problem gelöst wäre. Er kam zu folgenden Ergebnissen:

1. Das Kontagium des weichen Schankers liegt in einem besonderen Mikroorganismus, dem Mikrococcus ulceris, welcher in Reinkultur inokuliert den weichen Schanker reproduziert.

2. Neben dem M. ulceris vegetieren in dem weichen Schanker noch andre Mikroorganismen, unter denen die wichtigsten der Staphylokokkus (aureus und citreus) und der Streptococcus pyogenes sind.

3. Diese letztgenannten Mikroorganismen sind die Urheber des einfachen Bubo, welcher durch den Schanker verursacht wird.

4. Wenn mit diesen der M. ulceris an die Lymphdrüse gelangt, dann entsteht erst der schankröse Bubo.

5. In diesem Falle nimmt der Eiter des Bubo die Eigenschaften des schankrösen Eiters erst 24—48 Stunden nach Eröffnung des Herdes an, weil sich der M. ulceris nur dann entwickelt, wenn er mit der Luft in Berührung kommt und nach Verlauf der angegebenen Zeit.

Der Mikrokokkus von de Luca war sehr klein (0,5—0,6 μ), bestehend aus zerstreut liegenden Elementen in sehr dünn gestrichenen

Digitized by Google

Präparaten oder in nicht so dünn gestrichenen in Zoogloea ohne bestimmte Form, mit einigen Diplokokken oder auch mit Kettenkokken von gröfserem Umfange. Er entwickelte sich gut in Fleischnährgelatine, in Blutserum, auf Kartoffeln und auch auf Serum aus der Peritonealhöhle, bei gewöhnlicher oder besser noch und schneller bei 28—38 ° Temperatur.

Schon vor DE LUCA hatte SHANOS 1884 den Gedanken gefafst, den Ansteckungsstoff aus dem weichen Schanker zu isolieren und hielt es zu dem Zwecke, die Organismen der Verunreinigung zu entfernen, welche sich an der der Luft ausgesetzten Oberfläche des Schankers befinden, für geeignet, seine Untersuchungen auf den Eiter des noch nicht aufgebrochenen Bubo zu richten, in der Hoffnung, so zu einem reinen Resultate zu gelangen. Aber nachdem er in 58 untersuchten Fällen diesen Eiter stets frei von Mikroorganismen unter dem Mikroskop bei den verschiedensten Färbemethoden gefunden hatte, und bei allen Inokulationsversuchen ohne jede Virulenz und stets steril in den verschiedenen Kulturen, welche er auf Bouillon, Gelatine, Agar-Agar versucht hatte, so konnte er zu keinem sich auf den Mikroorganismus des Schankers beziehenden Resultat gelangen und mufste ein der Lehre RICORDS, welche bis dahin allgemein angenommen war, entgegengesetztes Urteil fällen, dafs die Bubonen des weichen Schankers immer von einer und derselben Natur sind, d. h. dafs sie niemals ihrem Ursprung nach virulent sind, und dafs sie es später nur dann werden, wenn sie sekundär und zufällig nach ihrer Eröffnung infiziert werden.

CAMPANA studierte vergleichsweise den weichen Schanker und die verschiedenen Affektionen, welche er mit den septischen Produkten verschiedener Eruptionen erzeugte, und erhielt durch die Kultur aller dieser Formen einzig und allein stets Kolonien von Staphylococcus pyogenes, albus, albus cereus, aureus und citreus.

Indem wir uns zum Studium dieser wichtigen Thatsachen vorbereiteten, haben wir es vor allem für unsre Pflicht gehalten, die Arbeit von DE LUCA zu kontrolieren, und wir würden uns sehr gefreut haben, seine Ergebnisse mit unsern eigenen Untersuchungen in Einklang bringen zu können, da er sie mit der Absicht, die Thatsachen zu erklären, aus Experimenten deduziert hat.

Auch wir haben uns des Reinkulturenverfahrens auf Nährgelatine bedient, indem wir als Ausgangspunkt vier typische weiche Schanker von den Genitalorganen nahmen, welche niemals behandelt worden waren; aber es glückte uns nie, Kolonien eines Mikrokokkus zu gewinnen, welcher auf den Menschen in Reinkultur geimpft, den weichen Schanker hervorgerufen hätte. Die durch Kultur gewonnenen Kolonien variierten von einem Schanker zum andern, wie es auch leicht voraus zu sehen war, denn es handelte sich um offene Schanker, und wenn die von CAMPANA

Digitized by Google

angetroffenen pyogenen Mikroorganismen die häufigsten waren, so waren sie doch nicht konstant da; so haben wir bei den Kulturversuchen mit dem Sekrete eines dieser vier Schanker nicht einmal eine einzige Kolonie erhalten, welche imstande war, Eiterung zu erzeugen, nachdem sie auf Tiere oder selbst auf Menschen inokuliert war.

Um kurz zu sein, übergehen wir die Einzelheiten der Kontrollversuche. Da kam uns der Gedanke, einen andern Weg einzuschlagen und in ganz andrer Richtung als unsere Vorgänger vorzugehen. Ebenso wie es uns für eine grofse Zahl andrer Gifte heute noch nicht möglich ist, mit Hilfe der gewöhnlichen Kulturverfahren die notwendigen Lebensbedingungen zu finden, ebenso, dachten wir, könnte es sich auch mit dem Virus des weichen Schankers verhalten, und wenn wir uns darauf steiften, die gewöhnliche Methode der Reinkulturen auf Nährgelatine in Anwendung zu ziehen, so verlören wir unsre Zeit mit dem Studium der biologischen Eigenschaften einer grofsen Zahl mehr oder weniger gewöhnlicher Bakterien, ohne einen Schritt in der Frage vorwärts zu kommen. Und so nahmen wir es uns vor, so viel wie möglich den pathogenen Mikroorganismus auf seinem natürlichen Kulturboden, d. h. auf der Haut des Menschen selbst, zu isolieren, indem wir den Schanker von allen zufälligen Mikroorganismen, welche sich dort finden konnten, reinigten dadurch, dafs wir eine besondere Methode anwandten: von einer gewissen Zahl von Generationen wiederholt in eine Umgebung überzugehen, welche frei von jeglicher Art von Mikroben war.

Bevor wir das Resultat unsrer Untersuchung geben, wollen wir bis in die kleinsten Einzelheiten hinein das technische Verfahren, welches wir anwandten, auseinandersetzen, denn darin besteht das ganze Geheimnis des guten Erfolges.

Die Hautstelle, wo die Inokulation mit dem Sekrete eines typischen Schankers gemacht werden soll, und eine ziemlich ausgedehnte Zone ringsherum (wir bedienten uns ausschliefslich der Vorderseite des Armes) wird zuerst tüchtig mit Sublimatseife gewaschen und dann nacheinander mit einer Sublimatlösung 1 : 100, mit reichlicher Menge absolutem Alkohol und mit sterilisiertem Wasser; unmittelbar hinterher wird sie mit einem sehr konkaven Uhrglas, welches bei 150 ° sterilisiert ist und bereits an diesem Platze liegt, bevor das Waschen mit Wasser aufgehört hat, bedeckt. Der Operierende nimmt nun mit der Spitze einer sterilisierten Nadel ein wenig von dem Schankersekret, das Uhrglas wird während eines ganz kleinen Augenblicks und nur mit dem unteren Teile wie eine Klappe gelüftet, und schnell wird die mit der Materie versehene Spitze in die Tiefe der Haut versenkt. Danach fixiert man sehr fest das Uhrglas auf den Arm mittels einer langen Binde von Taft, welche über der Lampe gut erwärmt ist, und zwar so, dafs während ihr mittlerer Teil, wo

Digitized by Google

man im vorhinein ein Loch gemacht hat, sich über das Glas legt, der übrige Teil zweimal den Umfang des Gliedes umgibt und so eng, dafs der Rand des kleinen Glases in die Dicke der Haut hineingepreſst wird, wie ein Uhrglas in sein Gehäuse. Ein Stück Watte und eine abgepafste zirkuläre Bandage sichert noch besser die Unbeweglichkeit des Apparates.

Sobald die Impfpustel sich im Verlaufe von 2—4 Tagen in dieser kleinen hermetisch verschlossenen Zelle, welche man leicht durch das im Taft gelassene Fenster beobachten kann, entwickelt hat, bewirkt man davon die Übertragung auf einen zweiten Arm, dann auf einen dritten und so fort nach Belieben unter Beobachtung derselben Regeln und derselben Vorsicht.

Um die Übertragung von einem Arm auf den andern zu bewerkstelligen, nimmt man zuerst die Watte weg und die zirkuläre Binde von dem Arm, welcher den Eiter liefern soll; man durchschneidet dann mit der Schere rechts und links von dem kleinen Glase und in der Richtung von der Axe des Armes den Taft. Wenn nun der andre Arm, welcher geimpft werden soll, nach der soeben beschriebenen Methode vorbereitet ist, so hebt man leise von unten nach oben das schon durchschnittene und noch am Arm hängende Stück Taft ab, bis man den untern Rand des kleinen Glases von der Haut, worin es eingedrückt ist, entfernt hat und nur für den Augenblick, welcher nötig ist, um mit derselben sterilisierten Nadel ein wenig von dem Produkt der Pustel zu nehmen, welche sich dort entwickelt hat, und die man schnell an die schon vorbereitete Stelle überimpft.

Der einmal aufgeschnittene Apparat wird wieder genau in Ordnung gebracht und mit einer neuen Tafftbinde gut fixiert, bis man sicher ist, dafs die neue Impfung, welche man gemacht hat, gelungen ist; — auf diese Weise vermeidet man die Möglichkeit, die Serie zu unterbrechen und gezwungen zu sein, von vorne wieder zu beginnen.

Es ist sehr nützlich, dafs der Eiter aus der Pustel genommen wird, wenn sie genügend entwickelt ist, aber noch bevor sie aufgebrochen ist; denn dadurch vermeidet man jede mögliche Verunreinigung von aufsen und verhindert, dafs durch das Aufbrechen der Pustel und durch das herausfliefsende Sekret nahe an den Rändern des Uhrglases, welches sie bedeckt, die Läsion, welche durch den Druck des Uhrglases auf die Haut gesetzt wird, sich leicht infiziere. Man kann in der That beim Öffnen des Apparates sonst die unangenehme Überraschung haben, eine grofse Ulceration in Form eines Kreises oder Halbkreises, besonders an der untern Hälfte, vor sich zu sehen. Bei genauer und aufmerksamer Überwachung gelingt es einem fast immer, die Pustel in vollkommener Integrität zu überraschen.

Man versteht nun leicht, warum wir für unsere Impfungen mit Vor-

Digitized by Google

liebe den Arm wählten; seine fast cylindrische Form eignet sich sehr gut zur Fixierung des kleinen Apparates, welcher sich selbst nach mehreren Tagen in keinem Falle auch nur um einen Millimeter verschoben hat.

Zum Zwecke, jedem möglichen Angriff gegen die Resultate unserer Experimente auszuweichen, hielten wir es für passend, dieselben in ausgedehntem Maſse zu wiederholen. Als Ausgangspunkt nahmen wir drei typische weiche Schanker aus verschiedener Quelle, welche an den Genitalien saſsen; mit jenen haben wir mittels aufeinanderfolgender Impfungen und immer unter den angegebenen Bedingungen drei verschiedene Reihen von Impfpusteln angelegt, die wir bis zur 15. Generation verfolgen wollten.

Nach der Übertragung von einem Arm auf den andern haben wir stets von dem Inhalt jeder Pustel methodisch zahlreiche mikroskopische Präparate angefertigt: der Eiter wurde in sehr dünner Lage auf dem Deckglas ausgetrocknet und nach verschiedenen Verfahren gefärbt. Zu gleicher Zeit wurde auf die verschiedensten künstlichen Nährböden geimpft.

Während wir nun in dem Eiter der drei natürlichen Schanker mit dem Mikroskop sehr verschiedenartige Mikroorganismen — die sich auf den gewöhnlichen Nährböden kultivieren lieſsen, welche aber nicht konstant waren, denn sie variierten bei den verschiedenen Schankern — haben entdecken können, sah man hingegen ihre Zahl allmählich abnehmen in den Impfpusteln der ersten Generation, bis man dann in allen folgenden Generationen, gewöhnlich von der fünften oder sechsten an, ein eiteriges Produkt gewann, welches zwar stets im höchsten Grade seine natürliche Virulenz beibehielt, so daſs es so oft als man wollte, den charakteristischsten weichen Schanker wieder hervorbrachte, welches aber auf allen in Anwendung gezogenen Nährböden wirkungslos blieb. Benutzt wurden a. Fleischbouillon, aus Rind- und Hühnerfleisch, sowohl rein als peptonisiert, alkalisch, neutral, sauer; b. Fleischnährgelatine; c. Rindsblutserum; d. Menschenblutserum; e. reines Agar-Agar; f. Agar-Agar mit Glycerin; g. Milch; h. Urin; i. diabetischer Harn mit 5—10 % Zucker; k. Dekokt von Gerste; l. Kartoffeln; m. Eier; n. Brotabkochung — alle Nährböden natürlich bei den verschiedensten Temperaturen zwischen 18—37 ° schwankend.

Aufserdem wurden Kulturversuche im Vacuum vorgenommen — aber stets erhielten wir dasselbe negative Resultat.

Und doch zeigt das durch die Übertragungen von einem Arm auf den andern erhaltene Virus konstant und ausschlieſslich unter dem Mikroskop einen besonderen Mikroorganismus, welcher eine Bakterie von 1,48 μ Länge und von 0,50 μ Breite vorstellt, kurz und gedrungen, an den Enden schön abgerundet; am häufigsten zeigt sie eine seitliche Ein-

Digitized by Google

schnürung, wie man bei den Mikroben sieht, welche die Form einer 8 haben. Mitunter ist diese Einschnürung sehr wenig ausgesprochen oder fehlt, und dann stellt sich der Mikroorganismus als einen kurzen und gedrungenen Bacillus dar. Die runden Formen, welche man selten trifft, stellen wahrscheinlich dieselbe Bakterie transversal gesehen dar. Diese Bakterie findet sich in einigen Präparaten in einer gewissen Reichlichkeit und in andern fehlt sie vielmehr. Man sieht sie gewöhnlich in Gruppen von 4, 5, 8 Exemplaren oder noch mehr, obgleich man sie auch hier und da zerstreut, allein oder in Paaren finden kann. Sie nimmt mit Vorliebe die intercellulären Räume ein, aber sie fehlt selbst nicht in dem Protoplasma der Eiterzelle.

Die Farben, welche sie am besten aufnimmt, sind Fuchsin, Methylviolett und Gentianaviolett. Mit einer alkoholischen Lösung dieser Farben und besonders der ersten, nach Abwaschen in destilliertem Wasser und Trocknen über der Lampe, Einlegen in Balsam, erhält man in einigen Minuten von dem in sehr dünner Lage auf das Deckglas gestrichenen reinen Schankereiter ausgezeichnete Präparate. Mit der Methode Gram und Kühne gelingt es nicht diese Bakterien zu färben.

Da bei 4 mit den Pusteln von der 12., 6., 7. und 12. Generation geimpften Kranken, bei denen die Epidermisdecke sich abgehoben hatte, bevor der Apparat geöffnet und abgehoben war, sich ausgebreitete Schanker in Form von Halbmonden, welche der untern Hälfte des Uhrglasrandes entsprachen, und bei einem sogar auch der oberen Hälfte, wenn auch weniger ausgedehnt, gebildet hatten, so haben wir von diesem relativ reichlichen schankrösen Produkt Nutzen ziehen zu müssen geglaubt und haben damit Tiere geimpft.

Man nahm unter den gewöhnlichen Kautelen mit der Spritze von Tursini, die bei trockener Hitze sterilisiert war, eine bestimmte Menge und spritzte sie Meerschweinchen und Kaninchen unter die Haut und in die Bauchhöhle, aber ohne dafs sie das geringste Krankheitssymptom zeigten. Nie bemerkte man etwas an den Stellen, wo die Impfung stattgefunden hatte, und nie eine Allgemeinstörung. Bei den subkutanen Impfungen ist es nach einigen Tagen kaum möglich, die Stichstelle an dem Einführungspunkte der Nadel in die Haut wiederzufinden.

Und dabei mufsten wir uns durch die mikroskopische Untersuchung dieses geimpften Produktes, wie durch das negative Resultat seiner Kultur davon überzeugen, dafs die Impfungen bei den Tieren mit einem reinen Virus gemacht worden waren, welches, da es so geblieben war trotz der Spontaneröffnung der Pustel und des Herauslaufens des Inhalts bis zu dem Rande des Schutzglases, uns noch einen Beweis mehr gab von dem Werte unsers kleines Apparates, der so angebracht war, dafs er die ganze

Digitized by Google

von ihm bedeckte Hautstelle vor jeder Verunreinigung mit fremden Mikroorganismen vollständig schützte.

Aus unseren Versuchen glauben wir uns berechtigt, schliefsen zu dürfen:

1. dafs der weiche Schanker sein Gift einem belebten und spezifischen Elemente verdankt;

2. dafs dieses Virus noch nicht kultiviert worden ist, weil, wenn es bei dem Menschen rein gezüchtet ist, ihm nachweislich ein Mikroorganismus entspricht, welcher sich nicht auf den gewöhnlichen Nährböden entwickelt;

3. dafs jeder Mikroorganismus, welcher bisher als Ursache des weichen Schankers bezeichnet worden ist, der leicht zu kultivieren ist, gerade aus diesem Grunde als dem Schankerprozefs vollständig fremd angesehen werden mufs.

Bei genauerem Verfolgen des Resultates der zahlreichen Inokulationen, welche wir zu dem Zwecke, den Schanker zu reinigen, ausgeführt haben, haben wir auch Gelegenheit gehabt, mehrere andre bemerkenswerte Thatsachen festzustellen:

1. Die Impfung mit dem Sekrete eines weichen Schankers, welcher von jedem fremden Mikroorganismus gereinigt war, und der bei dem Kranken, welcher ihn hatte, seinen normalen Verlauf genommen hatte, ergab auf dem Arme eines an phagedänischem Schanker auf dem Penis Leidenden einen Schanker, welcher, obgleich er dem Aussehen nach, unter dem Mikroskope und bei den Kulturversuchen seine vollständige ursprüngliche Reinheit bewahrt zeigte, mehr als 5 Monate jeder Behandlungsmethode widerstand, keine Tendenz zur Heilung zeigte, während man mit seinem Produkt die Impfreihe fortsetzen konnte und stets typische weiche Schanker erhielt, die selbst vollkommen rein waren und keine Tendenz zeigten, von dem gewöhnlichen Verlauf abzuweichen. Diese Thatsache ist ein Beweis zu gunsten der Lehre, welche will, dafs der Phagedänismus betrachtet werden mufs als hervorgerufen vielmehr durch eine Veränderung des Organismus selbst, wo er sich entwickelt, als durch ein besonderes Element, welches sich dem Schankergift hinzugesellt.

2. Eine Temperatur von 39—40 ° von genügend langer Dauer ist imstande, das ursächliche Element des Schankergiftes zu paralysieren und sogar zu zerstören. So ergab ein erster Impfversuch bei einem Kranken der ersten Reihe ein negatives Resultat, weil derselbe an dem Abend der Operation von einem Fieber von 40,2 ° befallen wurde, das 2 Tage dauerte.

Dasselbe trat bei einem andern Kranken der dritten Reihe ein: der erste Impfversuch wurde bei ihm gemacht, als er infolge einer Drüsenvereiterung in der Leistengegend Fieber von 39,3 ° hatte. Auch bei einem

Digitized by Google

andern Kranken ebenfalls der dritten Reihe wurde der weiche Schanker auf dem linken Arme in seinem Verlaufe aufgehalten und ging in Spontanheilung über infolge eines Erysipels, das sich an einem Beine entwickelte, welches von einem Ekzem schon befallen war, und welches von heftigem Fieber, 38,7 °—40,3 °, mehr als eine Woche lang begleitet war.

3. Vergleicht man 2 Impfschanker miteinander, von denen der eine gereinigt und der andere es nicht ist, so ist es nicht möglich, nach den äufseren Eigenschaften einen Unterschied zu machen; denn es herrscht bei beiden vollkommene Gleichheit in bezug auf die Zeit ihrer Entwickelung, was ihre Tendenz betrifft die Gewebe zu zerstören und ihrer Dauer nach, bis auf die Periode der Heilung. Bei dem einem wie dem andern ist die phagedänische Modifikation möglich, wie wir auseinandergesetzt haben, und sowohl der eine wie der andre können den Bubo verursachen. Aus diesen Thatsachen mufs man also schliefsen, dafs bei dem Schankerprozefs entweder die Bedeutung der pyogenen Elemente ganz und gar null oder dafs sie vielleicht nur sekundär ist.

Es hat uns aber nicht genügt hier stehen zu bleiben; wir wollten uns auch durch eigene Experimente eine Meinung über eine andre Streitfrage der Venerologie bilden, welche schon vielfach studiert, über welche aber die Akten noch nicht geschlossen sind. Diese Streitfrage hat mit der Untersuchung über den Schanker die innigsten Beziehungen: wir sprechen von der Pathogenese des Bubo, welcher den weichen Schanker begleitet. Es schien uns sogar diese Untersuchung, welche uns als Kontrolle für unsre Meinung über die eigentliche Natur des weichen Schankers dienen konnte, eine gebieterische Pflicht zu sein.

Bekanntlich lassen sich die heutigen Venerologen in drei verschiedene Gruppen einteilen: Die erste Gruppe glaubt mit Ricord, dafs der weiche Schanker von zwei Arten von Bubonen begleitet sein kann, die eine Art einfach entzündlicher oder sympathischer Natur mit einem nicht überimpfbaren Eiter, die andere schankrös oder symptomatisch, mit inokulabelm Eiter, und zwar für eine unbegrenzte Zahl von Generationen. Anderseits gibt es solche, welche mit Strauss glauben, dafs der von dem weichen Schanker hervorgebrachte Bubo stets von einer einzigen Art ist, entzündlicher Natur, dafs dagegen der schankröse Bubo nur infolge sekundärer Infektion mit schankrösem Produkt nach seiner Eröffnung entstehen kann. Zu den ersteren zählt Horteloup, Diday, Fournier, Gibier, Gémy, Aubert, Ferrari, Tommasoli, de Luca etc.; zu den letzteren Humbert, Roque, Spillmann, Robin, Mannino, Barduzzi etc. Die dritte Gruppe würde von denjenigen repräsentiert werden, welche dem weichen Schanker jede Spezifizität absprechen und folglich erklären müssen, dafs die Unter-

Digitized by Google

scheidung zwischen dem einfachen und dem schankrösen Bubo unnütz ist, da der eine wie der andre immer einen und denselben Prozefs vorstellen, nämlich den Eiterungsprozefs mit seinen verschiedenen Graduntersch ieden (Finger, Campana).

Es ist ebenfalls bekannt, dafs man, um die Thatsache zu erklären, dafs die Impfung mit dem Eiter eines venerischen Bubo unmittelbar nach seinem Aufbruch fast stets ein negatives Resultat gibt, und dafs er erst nach einiger Zeit den Charakter der Virulenz erwirbt, dafs man hierfür zu den verschiedensten Hypothesen, von denen einige sehr fantastisch sind, seine Zuflucht genommen hat. Ricord hat vermutet, dafs nachdem der Eiter des Schankers durch die Lymphgefäfse in das Innere der Lymphdrüse getragen worden ist, hier in der Drüse der virulente Eiter säfse, und dafs der oberflächliche, durch die Periadenitis hervorgerufene Eiter die Charaktere der Überimpfbarkeit erst einige Zeit nach dem Aufbruch des Bubo zeigte, d. h. wenn der innere Eiter seinen Weg nach dem äufseren gefunden hätte. Horteloup nimmt in dem Innern der Drüse einen wirklichen gangränösen Prozefs an, der imstande ist, die Virulenz des Produktes zu neutralisieren, welches nach Elimination der gangränösen Stellen den Charakter der Überimpfbarkeit wieder annehmen sollte. Aubert (Lyon) dachte, dafs die Virulenz des Eiters, welcher in dem noch nicht eröffneten Bubo enthalten ist, zeitweilig durch Steigen der Temperatur zerstört würde, welcher er ausgesetzt ist, und dafs um wieder virulent zu werden, der Temperaturgrad sinken müfste infolge der Incision, welche ausgeführt würde. Ferrari schliefst sich Aubert in der Ansicht an, dafs die paralysierende Wirkung der Temperatur gerade bei seinen Bacillen zu tage tritt, welche er im Eiter des weichen Schankers beobachtet hat, und die nach seiner aprioristischen Meinung das wirkliche spezifische Prinzip desselben bilden. Tommasoli wirft die Frage auf, ob nicht, so wie die Hitze, auch das Licht und die Luft einen Einfluss auf das Virus des Bubo haben könnten. De Luca dagegen, da er sah, dafs sein Mikrococcus ulceris sich noch sehr gut bei einer Temperatur von 40—41 ° entwickelte, und da er ihn auf Blutgelatine aus dem von einem Bubo der Leistengegend nach der Methode von Auspitz entnommenen Eiter hat isolieren können, nimmt nicht die Hypothese von Aubert an, sondern ist der Meinung, dafs der einfache oder sympathische Bubo entsteht, wenn die pyogenen Mikroorganismen allein von dem schankrösen Herd in die Drüsen einwandern, dafs dagegen der schankröse und symptomatische Bubo sich entwickelt, wenn sich unter ihnen der Mikrococcus ulceris befindet, welcher als aërober Mikroorganismus sich sehr gut nur dann entwickeln kann, nachdem ein Einschnitt in die Eitertasche ihm Luft verschafft hat, die er zum Vegetieren nötig hat. Mannino, welcher mit Strauss eine einzige Art von Bubonen annimmt

Digitized by Google

und beständig in dem Eiter derselben den Streptococcus pyogenes gefunden hat, erklärt, dafs der Mikroorganismus die Ursache der Drüsenvereiterung ist. Der Bubo begleite nicht immer den Schanker, weil der Streptococcus pyogenes nicht immer neben den spezifischen Mikroben des weichen Schankers existiert, welche für Mannino mit denjenigen Ferraris identische Bacillen sind.

Schon vor der Auseinandersetzung unserer Untersuchungen über die Bubonen und der Resultate, welche wir erlangt haben, halten wir uns für berechtigt, da es sich um ein sehr wichtiges Argument handelt, die Hypothesen von de Luca, Mannino, Finger, Campana und von allen den Autoren, welche eine ernste Bedeutung den gewöhnlichen Mikroorganismen der Eiterung bei der Pathogenese des Bubo zuschreiben, als inkorrekt zu erklären — und zwar schon auf Grund der Thatsache, dafs sich bei zwei von den Kranken, welche wir auf den Arm mit dem Eiter des weichen Schankers, der schon vollständig von jedem fremdem Mikroorganismus gereinigt war, geimpft hatten, ein Bubo in der Achselhöhle entwickelte, der zur Vereiterung kam. Aber, um in gehöriger Ordnung vorzugehen, wollen wir betonen, dafs wir uns in unsern Experimenten nicht von irgend einer fixen Idee leiten liefsen, sondern dafs wir uns vornahmen, genau folgenden Weg innezuhalten:

1. Mit Hilfe des Mikroskops und der künstlichen Nährböden festzustellen, ob der oberflächliche oder tiefe Eiter der Bubonen und der Bubonuli, welcher nach der strengsten Methode herausgenommen ist, Mikroorganismen enthält.

2. Ist dies der Fall — ob ferner ihr Vorhandensein konstant ist, oder ob es vielmehr in Beziehung steht mit gewissen besonderen Formen des Bubo (mit solchen, welche nach verschiedenen Autoren ihre schankröse Natur vermuten lassen). Ob weiter der spezifische Mikroorganismus, den wir in dem Eiter des weichen Schankers isoliert haben, hier vorhanden ist.

3. Ob dieser Eiter der Bubonen und Bubonuli, im Momente selbst, wo man ihn, stets unter strengsten aseptischen Kautelen, herausnimmt, dieselbe Fähigkeit zum Überimpfen auf den Menschen mitunter zeigt und ob die Läsion, welche er setzt, vollkommen die klinischen und pathologischen Charaktere des typischen weichen Schankers an sich trägt.

4. Ob er Krankheitssymptome beim Impfen auf Tiere veranlafst.

Um alle diese Fragen zu lösen, haben wir uns mehr als 50 Fälle von Bubonen und Bubonuli bedient, welche hauptsächlich in der Klinik des Herrn Prof. de Amicis in den verschiedensten Entwickelungsperioden und bei den verschiedensten klinischen Formen ausgewählt wurden. Die Technik war dieselbe, wie wir sie oben bei den Untersuchungen über die eigentliche Natur des schankrösen Eiters beschrieben haben, und wurde

Digitized by Google

ebenso peinlich gehandhabt. Auch hier haben wir mit Sublimatseife, 1 %iger Sublimatlösung, absolutem Alkohol und schliefslich mit sterilisiertem Wasser nicht allein den ganzen Tumor, sondern auch eine ausgedehnte Zone ringsherum, und von der wir vorher die Haare abrasierten, desinfiziert, und in gleicher Weise haben wir auch die Stelle, wo geimpft werden sollte (stets auch die Vorderseite des Armes) desinfiziert, und wir haben sie mit demselben kleinen Apparat, dessen wir uns mit grofsem Vorteil bei den verschiedenen Generationen der Impfpusteln bedienten, bedeckt. Wir haben den Eiter immer mit der Spritze von Tursini herausgezogen, welche eine Sterilisation bei einer trockenen Hitze von 150 ° erlaubt, und deren Kanüle schon in den fluktierenden Tumor eingestochen war, bevor der Strahl destillierten Wassers, der auf seine Oberfläche gerichtet war, unterbrochen wurde. Nachdem eine bestimmte Menge aufgesogen war, wurde unmittelbar hinterher geimpft mit der Kanüle der Spritze selbst, an der Stelle des Armes, welche schon vorher durch das Uhrglas geschützt und zur Aufnahme vorbereitet war.

In vielen Fällen haben wir uns darauf beschränkt, in die Haut einfach zu impfen, und in mehreren andern haben wir eine subkutane Impfung vorgenommen. Bei verschiedenen Patienten haben wir den Bubo nach der Incision ungefähr 2 Wochen hindurch beständig mit einfachen Waschungen mit sterilisiertem Wasser, und nachfolgendem, gutem Okklusivverband aus reichlicher Watte und einer Kreuzbinde bestehend behandelt und zwar zu dem Zwecke zu sehen, ob während dieser Behandlung, welche übrigens ganz indiffent war, aber doch jede mögliche Verunreinigung der Wunde von seiten des schankrösen Herdes verhinderte, dieselbe vielleicht virulent werden würde.

Einige jener Kranken wurden unter denjenigen ausgewählt, bei denen der Schanker schon geheilt war, andre unter denjenigen, welche noch den schankrösen Herd besafsen (wir zogen diejenigen vor, welche den Schanker auf der Haut des Penis trugen). Bei den letzteren wurde, bevor der Bubo geöffnet war und sein Verlauf studiert wurde, der Schanker tief kauterisiert mit einer gesättigten Lösung von Chlorzink und dann mit Sublimatwatte und mit einer Binde versehen, um ihn vollständig von der eiternden Wunde in der Leistengegend zu isolieren.

Bei vielen andern Kranken im Gegenteil haben wir, nachdem der Impfversuch mit dem Eiter des Bubo auf dem Arme desjenigen, welcher ihn trägt, gemacht worden war, mit Absicht jede besondere Vorsichtsmafsregel, welche absolut sicher die Ansteckung der Wunde in der Leistengegend von seiten der Schanker an den Genitalien verhindert hätte, vernachlässigt.

Die Impfung mit Eiter aus den Bubonen und Bubonuli bei denjenigen, welcher sie selbst hat, ist gewöhnlich negativ ausgefallen, und

Digitized by Google

nur mitunter hat sie eine unechte Pustel in den Fällen von Hautimpfung oder einen Eiterherd, der mehr oder weniger entwickelt war, in den Fällen von subkutaner Impfung hervorgerufen.

Von dem Inhalte dieser unechten Pusteln und auch dieser Abscesse, welche durch die Impfung gebildet waren, wie auch des Eiters von allen den Bubonen und Bubonuli, welche den Gegenstand unserer Arbeit abgaben, haben wir gleichzeitig mit den Impfversuchen beim Menschen auch immer auf die gewöhnlichen Nährböden geimpft (Bouillon, Gelatine, Agar-Agar, Kartoffeln und mitunter auch auf Rinderblutserum) sowohl bei Luftzutritt als im Vacuum, ohne in einem Falle die mikrochemischen Untersuchungen mittels der verschiedensten Färbemethoden zu vergessen.

Ohne uns mit gerinfügigen Einzelheiten aufzuhalten, erwähnen wir nur, dafs wir nie ein positives Resultat bei den Kulturen haben erreichen können, und dafs wir in den zahllosen mikroskopischen Kulturen keine Spur von Mikroorganismen haben entdecken können. Die Impfversuche, welche bei Versuchstieren gemacht worden sind, haben auch ein negatives Resultat ergeben, selbst wenn eine verhältnismäfsig grofse Menge Eiter in ihre Gewebe eingeimpft war. Nur manchmal, aber seltener als beim Menschen, hat die subkutane Impfung bei den Meerschweinchen leichte entzündliche Zufälle hervorgerufen (ein wenig Röte der Haut und ein leichtes, vollständig vorübergehendes Ansteigen der Temperatur).

Diese Resultate sind stets konstant gewesen, mochte der Eiter Bubonen und Bubonulis mit unzweifelhaft entzündlichen Erscheinungen angehören oder mochte er aus Drüsen stammen, bei denen die Entzündung nur langsam verlief, d. h. aus solchen mit strumösem Aussehen und mit beginnender Vereiterung.

In dieser Hinsicht scheint uns, die Geschichte eines unserer Fälle von grofser Wichtigkeit zu sein, wo infolge eines Schankers der Haut des Penis auf der linken Seite ein Bubo in der Leistengegend derselben Seite entstand, welcher vereitert war, sich von selbst geöffnet und dann einen schankrösen Charakter angenommen hatte, als der Kranke sich uns zum erstenmal vorstellte. Man sah nun auch einen Bubonulus an der Basis des Gliedes und zwar an der linken Seite, genau in dem Zwischenraum zwischen dem Schanker und der schankrösen Affektion der Leistengegend. Dieser Bubonulus war vollständig vereitert, aber die Haut war in ihrer Kontinuität gewahrt. Sein Inhalt, mit allen gewöhnlichen Kautelen herausgezogen, zeigte sich wie alle übrigen vollständig steril auf den gewöhnlichen Nährböden, frei von Mikroorganismen unter dem Mikroskop und nur imstande, bei den Impfversuchen auf dem Träger eine unechte Pustel zu erzeugen.

Aufserdem wurden die incidierten und dann einer lang dauernden Beobachtung unterworfenen Bubonen niemals schankrös noch virulent,

Digitized by Google

dank des vollständigen Okklusivverbandes mit reichlicher Watte und einer gut angelegten Kreuzbinde.

Auf 50 Individuen konnte man nur bei dreien die Charaktere der Virulenz wahrnehmen, und alle drei waren diejenigen, bei welchen die Behandlung ohne besondere Kautelen, wie sonst bei allen andern Venerischen, stattgefunden hatte: was folglich die Thatsache der Übertragung des Kontagiums von aufsen in die Läsion der Leistengegend sehr wahrscheinlich macht.

Aus allem vorhergehenden können wir deduzieren:

1. dafs es eine einzige Form von Drüsenentzündung, welche zu dem weichen Schanker in Beziehung steht, gibt: die einfache oder entzündliche Form, da die schankröse Form nichts anderes ist, als das Resultat der zufälligen Überimpfung, nachdem die entzündeten Lymphdrüsen incidiert sind;

2. dafs der Eiter der Bubonen und Bubonuli keine Mikroorganismen enthält, welche mit den Mitteln der heutigen Wissenschaft nachgewiesen werden könnten, nicht einmal den von uns in dem gereinigten weichen Schanker isolierten Mikroorganismus, noch auch die gewöhnlichen Eitererreger;

3. dafs folglich die Bubonen und Bubonuli sehr wahrscheinlich angesehen werden dürfen als das Resultat der Reaktion der Gewebe gegen die besonderen Produkte der vitalen Flüssigkeit des Mikroorganismus des Schankers.

Und diese Annahme eines mikrobenfreien Eiters braucht nicht mit grofser Zurückhaltung ausgesprochen zu werden, jetzt wo es durch gut begründete Experimente festgestellt ist, dafs die Eiterung auch von gewöhnlichen chemischen Substanzen abhängig sein kann (Krotonöl: Councilmann; Terpentinöl und Quecksilber: Orthmann und Uskoff; Terpentinöl und Höllenstein: Grawitz und de Bary; Höllenstein, Terpentinöl und Quecksilber: de Christmas) oder von besonderen durch Mikroben gelieferten Substanzen (Leber). So kann man z. B. mit einer Kultur auf Bouillon von Staphylococcus aureus, die auf 100° erhitzt gewifs nur abgestorbene Mikroorganismen enthält, einen Abscefs in dem Unterhautzellgewebe des Hundes und sogar Eiter in der vorderen Augenkammer des Kaninchens erzeugen, während die Kultur selbst, sowie der durch sie erzeugte Eiter, bei einer neuen Impfung auf Bouillon ein negatives Resultat ergibt.

Digitized by Google

Ätiologie und Behandlung der Akne.

Vortrag, gehalten auf dem Internationalen Kongreſs für Dermatologie und Syphilis in Paris 1889

von

Dr. Barthélemy
in Paris.

Autorreferat.

(Übersetzt von Dr. L. Philippson-Hamburg.)

I. Thesen.

Folgende Studie will beweisen, daſs enge Beziehungen zwischen den Verdauungsstörungen und dem Auftreten der Akne bestehen. Zu diesem Zwecke möchte ich Ihrem Urteile einige Thesen unterbreiten, welche sich etwa folgendermaſsen abfassen lassen:

1. Wer über Akne spricht, spricht über den Magen, d. h. daſs das Vorhandensein von Akne auf dem Gesichte oder auf der Brust den Arzt sofort daran denken lassen soll: a. daſs bereits seit längerer Zeit bei der betreffenden Person Dyspepsie, Magenerweiterung und verschiedene sich daran anschlieſsende Symptome bestehen; b. daſs man nur durch Behandlung der Verdauungsstörungen schlieſslich die Hautkrankheit bewältigen und mit einiger Aussicht den lästigen Recidiven wird vorbeugen könne.

2. Die Dyspepsie bereitet jedoch nur das Terrain vor, worauf der die Akne erzeugende Keim, welcher nur auf seborrhoischem Boden gedeiht, gesäet wird und sich entwickelt. Die Seborrhöe ist die direkte Folge der mangelhaften Verarbeitung der Nahrungsstoffe im Magen, der anormalen Fermentation, welcher sie unterliegen, und der Ausscheidung durch die Hautdrüsen von allen diesen, wenn auch nicht toxischen Produkten, so doch der weniger brauchbaren, welche zugleich mit den wirklich nützlichen Produkten der Verdauung absorbiert werden (Leukomaïne, flüchtige Fettsäuren etc.). Diese These läſst sich in die Worte zusammenfassen: Keine Akne ohne vorhergehende Seborrhöe.

3. Der nunmehr erscheinende Ausbruch von Akne ist das Resultat der Aussaat von von auſsen kommenden Keimen auf die seborrhoische Haut.

Man kann sich über die Leichtigkeit, mit welcher die von auſsen kommenden Keime auf der seborrhoischen Haut haften bleiben, durch

Digitized by Google

die einzige Thatsache ein Urteil bilden, dafs bei allen mit fettiger oder seborrhoischer Haut der atmosphärische Staub leicht hängen bleibt, so dafs die Haut leicht unrein, die Wäsche schnell schmutzig wird etc.

4. Akne ist kontagiös und besonders autoinokulabel, d. h. von einem Individuum auf ein anderes übertragbar, unter der Bedingung, dafs der Boden seborrhoisch ist, und sie verbreitet sich besonders leicht bei ein und demselben Individuum von der zuerst infizierten Talgdrüse auf andre Talgdrüsen. Diese Eigenschaft der Übertragbarkeit erlaubt es, die Akne unter die parasitären Affektionen Ekthyma, Furunkulose, Impetigo u. s. w. zu reihen.

Je nach dem Widerstande oder der Schwäche des Organismus, gemäfs dem mehr oder weniger entwickelten seborrhoischen Zustande der Haut, sind die Akneknötchen bald isoliert, bald konfluierend, bald treten sie lokalisiert oder allgemein auf, bald intermittierend oder ununterbrochen von neuem u. s. w.

5. Sobald eine Person einmal Akne hat, so scheinen die Akne erzeugenden Keime beständig auf der Haut zurückzubleiben; lange Zeit bleiben sie latent, nur auf eine günstige Gelegenheit wartend, um sich von neuem zu entwickeln. So sieht man es, wenn die Diät aufgegeben wird, nach Einverleibung verschiedener Medikamente (Jod etc.) oder nach den Allgemeinzustand ändernden Ursachen.

6. Die Behandlung fliefst direkt aus den ätiologischen Begriffen und soll, abgesehen von den nur ausnahmsweise erlaubten chirurgischen Mitteln der Punktion, Incision, der einfachen Kauterisation oder derjenigen mit dem Brenner etc., einerseits in der Hautantisepsis bestehen, um die aktiven, Akne erzeugenden Elemente zu bekämpfen, und anderseits in der Antisepsis des Magens und Darmes, um den Organismus refraktär gegen neue Ausbrüche zu machen, dadurch, dafs man den Nährboden sterilisiert.

II. Begründung und Beweis für die vorhergehenden Thesen.

Nicht nur der Genufs von Pfahlmuscheln, Seefischen, Pilzen oder verschiedenen Fleischsorten, sondern schon eine einfache Verdauungsstörung kann bei gewissen Personen Ausbrüche von Erythem, Urticaria etc. hervorrufen. Anderseits beweisen die so vielfältigen und manchmal so schweren durch Einverleibung toxischer oder medikamentöser Stoffe hervorgerufenen Eruptionen zur Evidenz die engen Beziehungen zwischen den Funktionen der Haut und des Verdauungskanals mit seinen Fähigkeiten der Absorption und Elimination. Aufserdem, wenn es eine Erfahrung gibt, welche fast jeder von uns täglich macht, so ist es die, dafs die Einverleibung von Brom- und besonders Jodsalzen bei vielen Personen

Digitized by Google

(jedoch nicht bei allen) Talgdrüsenentzündung verursacht. Diese besitzt eine eigentümliche Ähnlichkeit mit der gewöhnlichen Akne, welche indessen weniger akut und weniger schmerzhaft zu sein scheint. Man kann also sozusagen nach Belieben durch Jodsalze eine Abart von Akne hervorbringen.

Alle die eben angegebenen Ausschläge beweisen die enge Verbindung zwischen der Haut und den Verdauungsvorgängen.

Die lange Dauer der Akne — nicht diejenige des einzelnen Knötchens, sondern das unaufhörliche Wiederauftreten von neuen Schüben — zeigt eine chronisch wirkende, unablässig wiederholte Ursache an. Derartige Ursachen gibt es aber nicht viele: die Verdauung, welche sich mehrmals täglich wiederholt, kann, wenn die Verarbeitung der Nahrungsstoffe eine mangelhafte ist, sehr gut eine der Ursachen abgeben.

Zu jeder Zeit hat man die Verdauungsvorgänge beim Auftreten der Akne angeklagt; aber daneben hat man noch andre sehr verschiedene Ursachen gelten lassen, urethrale, uterine Affektionen etc. Man hat auch gesagt, dafs es sich hierbei um eine Krankheit der Entwickelungsjahre handle, aber unsre Beobachtungen widersprechen dieser Anschauung. Der eine Fall betraf einen Mann, welcher zuerst die Akne im Alter von 38 Jahren bekam, wo gewifs doch schon die Entwickelungsjahre zu Ende sind. Andre Beobachtungen beziehen sich auf Personen von 48, 51, 53, 59 Jahren. Eine 60jährige Kranke, lange nach ihrer Menopause, zeigte bei meiner Untersuchung zwar keine Kupfernase, aber ein ganz typisches Knötchen von gewöhnlicher Akne auf dem Rücken, wo sich übrigens zahlreiche alte Narben von Aknepusteln fanden.

Aus allem geht hervor, dafs man bisher noch nicht genau wufste, woher die Akne rührte, die doch eine der häufigsten Dermatosen auf der Welt, in allen Klimaten, bei allen Rassen, bei den Weifsen wie bei den Negern darstellt.

Bouchard veröffentlichte nun seine berühmten Untersuchungen über alle die Verdauungsstörungen, welche früher oder später zur Magenerweiterung führen, von welcher ihrerseits Autointoxikationen und allgemeine Krankheitserscheinungen ihren Ausgang nehmen. Und bemerkenswerter Weise sind es gerade die letzteren, welche die Autoren unter dem Namen Aknekrankheit im Gegensatz zur Dermatose, dem Akneausschlag, beschrieben haben. Seit der Zeit nimmt die Theorie von dem stomachalen Ursprung der Akne eine klar umschriebene und von den früheren konfusen Begriffen sehr verschiedene Form an, das gerade suchen meine Beobachtungen zu beweisen.

Bei 169 Fällen fand ich in der That jedesmal Plätschern, das sichere Zeichen der Magenerweiterung. Dieses Resultat ist um so bemerkenswerter, als ich gleiche Untersuchungen bei andern Dermatosen

Digitized by Google

angestellt habe, bei Ekzem, Psoriasis, polymorphen Erythemen, Urticaria, Purpura etc., und der Prozentsatz an Magenerweiterung hier ganz anders ausfiel: von 27 Psoriasisfällen 8, von 59 Ekzemen 16 etc., was beweist, dafs diese Krankheiten ganz andern Verdauungskrankheiten entspringen. Mitunter konnte ich die Magenerweiterung allein aus der Akne oder der Seborrhöe der Nase diagnostizieren. Wenn ich auch keine Akne ohne Magenerweiterung gefunden habe, so mufs ich doch sagen, dafs zahlreiche Fälle mit Magenerweiterung keine Akne haben.

Die Akne braucht nicht immer das erste Symptom auf der Haut zu sein; es kann auch ein andrer Ausschlag zuerst auftreten, besonders die Seborrhöe (fettige Haut, Verstopfung der Talgdrüsenmündung, Komedonen auf Nase, Wange, Stirn, Brust, Rücken u. s. w.).

Die Seborrhöe ist die notwendige Folge und das konstanteste Symptom für die gestörte Verarbeitung der Nahrungsmittel im Magen und das Zeichen auf der Haut für die dort stattfindenden Fermentationen.

Übrigens haben viele Personen Seborrhöe ohne Akne, aber keine hat Akne ohne Seborrhöe und keine hat Seborrhöe ohne Verdauungsstörungen, und die fast nie ohne Magenerweiterung. Die Thatsache, dafs nicht alle mit Magenerweiterung Seborrhöe haben, beweist nur, dafs eben nicht alle Individuen auf gleiche Weise auf dieselbe Ursache reagieren, wie es ja auch bei Alkohol, Morphium, Jod etc. der Fall ist.

Nach unsern Beobachtungen darf man aber die Behauptung aufstellen, dafs die Seborrhöe den Boden vorbereitet, auf welchem allein die Akne sich entwickeln kann. Die Akne ist aber meiner Meinung nach verursacht durch einen Keim, der von aufsen kommt, wie ebenfalls die Furunkulose, Ekthyma, Impetigo. Ein guter Beweis hierfür scheinen mir 6 Beobachtungen von Akne zu sein, welche sich zweimal bei je 3 Schwestern entwickelte, welche dieselbe Körperkonstitution hatten und unter denselben schlechten hygieinischen Bedingungen lebten. Die Akne ging hier von der einen auf die andre über; bei dem jüngsten Mädchen von 19 Jahren bemerkte ich selbst das Entstehen der allerersten Akneknötchen. In diesen Fällen war der Boden gut vorbereitet, zuerst durch die schon alten Verdauungsstörungen, dann durch deren Folgen, die Seborrhöe. Die von den beiden andern Schwestern herbeigeführte Saat hat sich alsdann entwickelt, und diese erste Entwickelung habe ich selbst beobachtet. Wie ich sah, dafs eine Talgdrüse nach der andern, und immer die nächstliegenden ergriffen wurden, schien mir diese Dermatose mit der Fähigkeit sich selbst weiter zu impfen und von einer Person auf eine andre übertragbar zu sein, unter der Bedingung hier eine für ihre Entwickelung gedeihliche Umgebung zu finden, begabt zu sein. Um diese Inokulabilität direkt zu beweisen, wurden Versuche an-

Digitized by Google

gestellt. Die Resultate sind leider nicht positiv ausgefallen; nur zweimal unter mehr als 20 Experimenten habe ich Pusteln erhalten, welche durch ihre Weiterentwickelung sich als Ekthymapusteln erwiesen. Dies ist aber noch kein Grund, die Idee an die Inokulabilität aufzugeben, denn wir kennen eine ganze Reihe von sicher kontagiösen Krankheiten, welche sich noch nicht weiterimpfen lassen, wie die Trichophytie, der Lupus etc. Meine negativen Resultate beweisen nur, dafs ich noch nicht alle für die Entwickelung der Aknekeime notwendigen Bedingungen ausfindig gemacht habe, sei es, dafs ich den seborrhoischen Boden schlecht wählte, sei es, dafs ich den Keim nicht in die Tiefe einer Talgdrüse versenkt habe etc. Anderseits habe ich auf einem Boden, auf dem schon vorher einmal Akne bestanden hatte, die Haut mit Scharpie, welche mit abgekratzten Aknepusteln bestrichen war, eingerieben und habe einen Schub von schönen Akneknötchen erhalten. Aber ich kann nicht sagen, ob meine Impfung es war, die so gut gelang, oder ob die Haut von selbst dieses Resultat nach dem Reiz der Friktion gegeben hat.

Bei der mikroskopischen Untersuchung hat zwar Balzer sehr wenig Fett in der seborrhoischen Akne gefunden, aber trotzdem steht es klinisch fest, dafs die Seborrhöe das fettige Aussehen verursacht und der Haut die Klebkraft verleiht, den atmosphärischen Staub festzuhalten, welcher so leicht die Wäsche solcher Kranken beschmutzt etc. Daher werden die Mikroben oder Vibrionen der Aufsenwelt ebenso leicht zurückgehalten und finden dann einen für ihr Gedeihen förderlichen Boden.

Diese Keime sind kultiviert worden, es sind alle die pyogenen und gemeinen Mikroben der Haut, hauptsächlich aber Staphylokokkus und besonders, wenn nicht ausschliefslich, Staphylococcus albus (Gilbert). Diese Thatsachen sind allerdings noch nicht bedeutend und verlangen neue Nachuntersuchungen.

Was nun die klinischen Erscheinungen anbetrifft, so ist nach meinen Beobachtungen die reine Akne eine miliare Papel, kaum erhaben, kaum gefärbt. So ist das Knötchen bei solchen, welche vorher noch nicht daran gelitten haben. Dieses Knötchen besteht 3 oder 6 Wochen, dann trocknet es ein und verschwindet, ohne Narbe zu hinterlassen. Aber die meisten Aknefälle entwickeln sich nicht so, weil sich dem Akne erzeugenden Keim andre parasitäre Elemente und besonders die Eiterkokken hinzugesellen, so dafs eine wahre Symbiose stattfindet. Ebenso wie die Krätze, die Pocken u. a. wird die Akne von den verschiedenartigen Mikroben befallen, welche auf der Hautoberfläche unthätig warten, bis sich eine Lücke bildet, um einzudringen und ihre Thätigkeit zu entfalten. Dann erst wird die Akne pustulös, induriert, knötchenförmig, phlegmonös, nachdem die Entzündung die Drüse überschritten und in das umgebende Bindegewebe eingedrungen ist.

Digitized by Google

Weiter untersuche ich in meiner Abhandlung den Mechanismus aller der Krankheitserscheinungen, der Zirkulations- und Sekretionsstörungen der Haut, welche durch die Wirkung der aus den Verdauungsstörungen hervorgehenden Produkte auf die Hautvasomotoren bedingt werden. Die Lokalisation von Hautveränderungen an gewissen, ganz ausgeprägten Punkten scheint mir die Folge des Elektionsvermögens zu sein, welches, wie alle toxischen Substanzen, auch die toxischen in den Fermentationen des Magens entstandenen und an die Hautoberfläche gelangten Agenzien besitzen. — Nach diesen der Theorie gewidmeten Erwägungen komme ich auf meine Beobachtungen zurück und untersuche die Nebenbedingungen, welche aufser der Seborrhöe (der Hauptbedingung) die Entwickelung der Akne begünstigen. Gewisse Gesundheitszustände, das Fehlen von Reinlichkeit und Hygieine, das Aufserachtsetzen der vorgeschriebenen Diät, Alkoholismus, bestimmte Altersklassen, z. B. die Pubertät, die Skrofulose, Anämie und allgemeine Schwäche begünstigen das Aufkommen des Aknekeimes. Deswegen trägt die Heilung von Urethral- und Uterinleiden und das Verabreichen von Leberthran mitunter zur Beseitigung der Akne bei. Die Wege der heutigen Therapie sind klar vorgezeichnet: Antisepsis des Magen-Darmkanals, gesunde Speisen und Mineralwässer. Die Resultate, welche man ohne äufserliche oder lokale Behandlung bei reiner Akne erhalten hat, scheinen mir einen neuen Beweis für die von mir aufgestellte Ätiologie zu liefern. Reine Akne ist aber nur die, welche aus kleinsten, kaum erhabenen Knötchen besteht, ohne Komplikationen nach Hinzutreten der Eiterkokken. Dagegen in den schwereren Fällen, d. h. in den Fällen, wo andre Mikroben zu denen der Akne hinzugekommen sind (und das ist meistens der Fall), da wird die äufserliche Behandlung unumgänglich notwendig; zur innerlichen Antisepsis tritt die äufserliche Antisepsis der Haut hinzu. Die Verbindung beider therapeutischen Mafsnahmen wird notwendig, um die zusammengesetzte Krankheit zu beseitigen: man mufs einerseits die schon vorhandene Hautläsion bekämpfen und anderseits sich gegen weitere Schübe sichern, indem man den Boden sterilisiert. Deswegen verwendet man zuerst die schwarze Seife (Lailler), dann Schwefel- und Karbolpasten und am folgenden Morgen Seifenwaschungen und antiseptische Einpuderungen. Zu gleicher Zeit sucht man die Lebenskraft zu heben, die organische Widerstandskraft zu stärken und die Anämie zu bekämpfen (kalte Douchen, Schwefelbäder, Amara und Digestiva etc.)

In einigen Fällen (die aber selten waren: nur 3 habe ich im Verlauf von 5 Jahren getroffen) bestanden Verdauungsstörung, Seborrhöe, geringe oder gar keine Akne vulgaris, aber cystisch erweiterte Talgdrüsen, welche vereitert waren und im Nacken oder auf den Wangen subkutane, voluminöse, harte, schmerzhafte Massen, oder abgerundete Tumoren ähnlich den

Digitized by Google

nicht erweichten Gummen bildeten oder wie Trauben angeordnet waren.

Vielleicht handelte es sich vielmehr um eine tiefere Erkrankung der Talgdrüsen, als um eine eigentliche Akne, auch wage ich nicht dafür die Bezeichnung Akne nummularis in Vorschlag zu bringen. Sei dem wie ihm wolle, hier mufste die äufserliche Behandlung in den Vordergrund treten. Sie bestand im Einschnitt, Offenhalten, Kauterisation, Karbolpulver und in andern antiseptischen Mafsnahmen, wie Einseifen mit Naphtholseife, Einpinseln und Umschlägen mit Salol etc., und in den 3 Fällen, von denen einer bereits mehr als 1 Jahr bestanden hatte, wurde die Heilung in weniger als 2 Monaten erzielt.

Die Kontagiosität der Lepra und die gegen dieselbe in Rufsland zu ergreifenden Mafsregeln.

Vortrag, gehalten auf dem III. Kongrefs russischer Ärzte am 6./18. Januar 1889

von

Prof. Dr. G. Münch
in Kiew.

Einleitung.

Als ich im Sommer des Jahres 1888 einige Ortschaften des Astrachanschen Gouvernements besuchte, wo ich bereits 1880 einige Leprakranke zu beobachten Gelegenheit hatte, beabsichtigte ich Erkundigungen über die letzteren anzustellen. Von 35 Kranken, die seinerzeit in meinen Verzeichnissen eingetragen waren, fand ich blofs 5 Personen noch am Leben, dagegen waren in einigen Familien neue Erkrankungen aufgetreten. Von diesen interessierte mich besonders eine Familie Lukin, da ein zwölfjähriges Mädchen dieser Familie mir damals (vor 8 Jahren) die erste Gelegenheit geboten hatte, die Initialerscheinungen der Lepra, die mir bis dahin vollständig fremd gewesen, kennen zu lernen. Dieses Mädchen kam 1880 zu mir in Begleitung ihrer Mutter, einer sehr vernünftigen Frau, die schon damals befürchtete, dafs sich bei ihrer Tochter eine „gefährliche Krankheit" entwickele. Im Gesichte des Mädchens sah man nur einige von der sonnengebräunten Haut schwer unterscheidbare Flecke, deren Natur zu bestimmen mir unmöglich war, bis die Mutter des Kindes

Digitized by Google

mir erklärte, dafs diese Flecke im Winter zum Vorschein gekommen seien. Zur Bekräftigung ihrer Befürchtungen machte sie mich auf einen anderen Fleck in der Gegend des Handgelenkes aufmerksam, dessen Zentrum — laut ihren Worten — fast gefühllos sei. Auf mein Befragen erzählte mir Patientin, dafs sie eine Nachbarin, die an der Lepra litt und infolge dessen isoliert lebte, häufig besucht habe. Obige Thatsachen bestimmten mich, die Lukin in mein Verzeichnis einzutragen und gleichzeitig der Mutter anzuraten (obwohl meine Ansicht über die Ätiologie der Lepra noch keine definitive Form angenommen hatte), ihre Tochter sofort zu isolieren, sobald sich die Krankheit deutlicher dokumentieren sollte.

Im Jahre 1888 traf ich das Mädchen bereits nicht mehr an, sie war kurz vor meiner Ankunft in voller Blüte der Krankheit aus dem Leben geschieden, nachdem sie die Mutter, die stets bei ihr weilte, bereits infiziert hatte. Nach ihrer Erkrankung hatte die Mutter noch einmal geboren, und von der Kontagiosität der Krankheit überzeugt, wandte sie sich nun an mich, um sich Rat zu holen „was sie mit ihrem Brustkinde (circa 1 Jahr alt) anfangen solle?“

Das Schicksal der Frau bewegte mich tief! Eine Menge auf direkte Beobachtungen gegründete Thatsachen hatten mich von der Kontagiosität der Lepra bereits überzeugt, und die Erkrankung dieser Frau, wie auch analoge Fälle in einigen andern Familien traten mir jetzt wie ein schwer drückender, lebendiger Vorwurf entgegen, dafs ich nicht mit entsprechender Energie meine Überzeugung durchgeführt habe, und machten mich jetzt gleichsam zur verantwortlichen Person für diese und möglich noch weiter erfolgende Erkrankungen.

Unwillkürlich kam mir folgende Alternative in den Sinn.

Die Anforderungen der exakten Wissenschaft gehen häufig mit den Anforderungen des Lebens auseinander. Streng wissenschaftlich genommen gehört zum Beweise der Kontagiosität einer Krankheit eine genaue Bestimmung des Kontagiums, seiner Eigenschaften, der Art und Weise, wie es in den Organismus eindringt — kurz eine ganze Reihe Fragen, die ebenso bis ins unendliche gehen, wie die Wissenschaft selbst.

Die Lebensanforderungen hingegen sind ganz andrer Natur. Nicht immer kann und darf die Praxis auf die Lösung einer wissenschaftlichen Aufgabe warten. Im konkreten Falle stellt die Praxis die Frage gleichsam direkt: an einem Orte herrscht eine Krankheit, die durch jahrelange Erfahrung für eine der schwersten, bekannten Krankheiten gilt, da sie unheilbar; soll man sich in diesem Falle indifferent verhalten, oder mufs man bestimmte Mafsregeln ergreifen, und wenn dem so ist, welche?

Der Zweck meines folgenden Vortrags geht dahin, auf diese direkte Lebensfrage auf Grund von Thatsachen, die gewissenhaft im

Digitized by Google

weiten Bereiche von beinahe ganz Süd-Rufsland gesammelt sind, zu antworten.

Diese Facta haben mich in dem Mafse von der Kontagiosität der Lepra überzeugt, dafs ich, wie erwähnt, es für ein Verbrechen meinerseits halten würde, nicht auf die Mafsregeln der Isolierung der Leprösen von Gesunden zu bestehen und in Erwartung der Lösung theoretischer Fragen der Krankheit zu gestatten, neue Opfer wegzuraffen und ihren Verbreitungsbezirk zu erweitern.

Die Litteratur der Frage hier eingehend zu berühren, halte ich für überflüssig, ja selbst für unmöglich. Sie würde uns zu weit aus dem Rahmen eines Vortrages hinausführen. Da ich mich gegenwärtig mit der Geschichte der Lepra beschäftige und diese Krankheit auf Grund direkter authentischer Quellen studiere, habe ich mich genügend überzeugt, wie vorsichtig man sich Litteraturangaben gegenüber zu verhalten hat.

Wie in jeder anderen wissenschaftlichen Frage, so begegnen wir auch hier dem Einflusse gangbarer allgemeiner theoretischer Anschauungen, denen sich der Autor unwillkürlich fügt und dadurch auf Kosten spekulativer Kombinationen den Sinn der Thatsachen entstellt; nicht selten sehen wir sogar persönliche Interessen die Anschauungen der Autoren beherrschen. Es ist demnach unbedingt notwendig, sich alle diese Einflüsse klar zu legen, um unsere Frage in ihrer historischen Entwickelung richtig aufzufasssen. Eine Bestätigung des Gesagten hoffen wir in allernächster Zeit in einer historischen Arbeit: „Über den Aussatz der Bibel", die bereits zum Drucke vorbereitet wird, liefern zu können. Wir wifsen, dafs die von Armauer Hansen und Neisser nachgewiesene parasitäre Natur der Lepra der Annahme der Kontagiosität der Krankheit nicht widerspricht, wenn sie dieselbe auch nicht direkt beweist. Wie allgemein bekannt. geben in letzter Zeit viele hochangesehene Autoren, die bisher Antikontagionisten waren, die Kontagiosität der Lepra zu; sogar in Norwegen, welches zu allererst die Leprafrage in Europa wachrief und die Nichtkontagiosität dieser Krankheit in Person Danielssens und Boecks verteidigte, ist bereits das Isolierungssystem eingeführt, selbstverständlich in einer dem Geiste der Institutionen dieses Landes entsprechenden eigentümlichen Form, und wir besitzen sogar positive Angaben, dafs selbst Danielssen gegenwärtig die Möglichkeit einer Leprainfektion nicht in Abrede stellt.

Den Unterschied zwischen den von mir gesammelten Thatsachen und den Angaben anderer Autoren werde ich zu seiner Zeit auseinandersetzen. Mögen diese Facta neu sein (für Rufsland zweifelsohne) oder nicht, das kann ja gleichgültig sein, wenn sie nur die nötige Beweiskraft besitzen; um so mehr, wenn man in Betracht zieht, dafs bereits der einfache Verdacht auf Kontagiosität dieser gefürchteten Krankheit die

Digitized by Google

Gesellschaft berechtigt, energische Maßregeln gegen dieselbe zu ergreifen.

Jedenfalls ist die Aufgabe, die ich verfolge und bereits früher verfolgt habe, als ich meinen Bericht auf dem Ärzte-Kongreß mitteilte, und jetzt, wo ich ihn drucken lasse[1], eine klar festgestellte. Sie hat direkt die Frage zu beantworten: Soll man sich indifferent zur Lepra in Rußland verhalten und ruhig abwarten, bis die Wissenschaft die Sondereigenschaften dieser Krankheit erklärt hat — Eigenschaften, die ebenfalls für die übrigen nicht angezweifelten Infektionskrankheiten ihrer Erklärung harren, — oder soll man gegen die Lepra entsprechende Maßregeln ergreifen?

Indem ich diese Frage nach meiner tiefsten Überzeugung beantworte, befreie ich mich von jenem schweren Drucke moralischer Verantwortung, der — wie ich es fühlte — bis jetzt auf mir lastete.

Geehrte Anwesende! Als Ausgangspunkt meines Vortrages über die Kontagiosität der Lepra halte ich es für nützlich, Ihnen einen Auszug aus sehr interessanten und lehrreichen Dokumenten wiederzugeben, in deren Besitz ich dank der Liebenswürdigkeit des Obersten des Astrachanschen Kosaken-Regiments, A. B. Skworzow, gelangt bin, und die sich auf die Geschichte der Lepra in den Astrachanschen Kosaken-Stanizen von dem Jahre 1827 an beziehen. Zwar sind diese Dokumente bloß unvollkommene Bruchstücke, aber sie geben uns dennoch eine klare Vorstellung von jenen Maßregeln, die seinerzeit gegen die Lepra ergriffen wurden, und deren Resultate ich zum Schlusse meines Vortrages mitteilen werde.

Die Schriftstücke über Lepra, die sich auf die Jahre 1827 und 1828 beziehen und den Titel führen: „Über die Lepra, die unter den Bewohnern der Kossikinschen Staniza zum Ausbruch kam", beginnt mit einem Rapport des Essauls Alejew, in welchem derselbe auf die Erkrankung zweier Kosakenfrauen an der Lepra hinweist und um die Beförderung der letzteren ins Spital des Kollegium der allgemeinen Fürsorge nachsucht, da sie sowohl ihre Angehörigen, wie auch andere infizieren könnten. Der stellvertretende Ataman übergab die Anzeige Alejews dem Gouverneur, der sie seinerseits der Medizinalverwaltung zur Resolution übersandte.

---

[1] Um nicht die Aufmerksamkeit der Zuhörer zu belästigen, hatte ich meinen Vortrag um einiges verkürzt, doch lasse ich ihn jetzt in der anfänglich von mir verfaßten Form abdrucken.

Digitized by Google

Aus der Kopie der Antwort der Medizinalverwaltung ersehen wir, dafs letztere über die Eigenschaften und die Entstehung der Krankheit debattiert hat und zum Schlusse gelangt war, dafs die Lepra eine unheilbare Krankheit lokalen Ursprungs sei.

„Die geographische Lage des Astrachanschen Gouvernements", sagt die Vertreterin der wissenschaftlich-medizinischen Interessen, nämlich die Medizinalverwaltung, „die Nahrung, die Lebensweise und die Beschäftigung der Bewohner tragen schuld an der Entwickelung der Lepra — daher die grofse Anzahl Lepröser sowohl in Astrachan selbst, wie auch im ganzen Astrachanschen Gouvernement." Die Medizinalverwaltung finde ihrerseits zur Bekämpfung der Krankheit kein Mittel, aufser dafs solche Kranke in Behandlung genommen werden müssen. In anbetracht der grofsen Anzahl Lepröser wäre zu deren Aufnahme ein sehr geräumiges Spital erforderlich; da ein solches in Astrachan nun einmal nicht vorhanden ist, so meint die Medizinalverwaltung, dafs solche Kranke der Fürsorge ihrer Verwandten überlassen werden könnten, falls letztere sich nicht weigern, die Kranken bei sich zu beherbergen. Dieses Mittel wäre um so geeigneter, da genannte Krankheit nicht ansteckend ist. „Dennoch", fügt die Medizinalverwaltung hinzu, „hält sie es für notwendig, zur Beruhigung der Vorurteile im Volke solche Kranke, deren Äufseres Abscheu erregt, vom Verkehr mit Gesunden auszuschliefsen." Diese Antwort der Medizinalverwaltung befriedigte scheinbar die Administration des Kosaken-Heeres nicht, wie aus einer an den Gouverneur gerichteten Schrift des Ataman zu ersehen ist. Aus dieser Schrift erfahren wir, dafs die Kranken thatsächlich von ihren Anverwandten beherbergt werden; „ich habe", sagt der Ataman, „auch nicht gezweifelt, dafs sie es thun werden, doch kann man nicht überzeugt sein, dafs niemand mit den Kranken in zu nahe Berührung kommen und mithin die Verbreitung dieser verderblichen Krankheit fördern könnte", weshalb der Ataman auch um die Beförderung der Kranken ins Hospital nachsucht.

Auf Antrag des Gouverneurs erfolgte auf dieses Gesuch eine neue Antwort der Medizinalverwaltung, in welcher sie ihre Auffassungsweise über die Lepra ausführlicher erörtert und gleichzeitig die nötigen Ratschläge erteilt. Da dieses Dokument viel Interessantes bietet, erlaube ich mir, dasselbe in folgendem beinahe ungekürzt wiederzugeben. „Der Ursprung dieser widerwärtigen Krankheit", heifst es in der Antwort, „ist sowohl in einer inneren Prädisposition sämtlicher Säfte des Körpers, wie auch im heifsen Klima zu suchen, infolge dessen das Blut und alle Säfte zur Oberfläche des Körpers strömen, wo sich Schweifs und mannigfacher Schmutz anhäuft und bei Unsauberkeit und Unreinlichkeit des Individuums scharf wird und sich wieder in das Innere des Körpers resorbiert. Noch mehr jedoch wird die Entwickelung dieser Krankheit be-

Digitized by Google

fördert durch grobe, scharfe, an Phosphor reichhaltige Nahrung, wozu namentlich Fische gehören, sowohl frische, wie auch getrocknete und ganz besonders die Eingeweide desselben"; ferner „Mangel an Kleidung, wobei ein und dasselbe Kleidungsstück, wenn es durchnäfst wird, an demselben Körper wieder austrocknen mufs"; endlich „die Seeluft und überhaupt die Unsauberkeit aller Leute, die die Ufer der Flüsse und Seen bewohnen und Fischerei betreiben." Indem alle diese Momente — nach Ansicht der Medizinalverwaltung — auf den menschlichen Körper ihren Einfluſs ausüben, verändern sie ihn in dem Maſse, daſs es sehr schwer, ja bisweilen selbst unmöglich wird, ihn in gesunden Zustand zu bringen. Doch ergibt sich aus denselben Momenten, daſs man bei Meidung dieser Schädlichkeit sich vor dieser Krankheit schützen oder bei den bereits Erkrankten ihre Fortentwicklung hemmen kann, weshalb man auch folgende Vorsichtsmaſsregeln zu beobachten hat.

1. Jeden plötzlichen Übergang von Hitze zu Kälte zu meiden, mit Schweiſs bedeckt nicht ins Bad zu gehen; bei heiſsem Wetter soll man weniger arbeiten.

2. So wenig als möglich Fische zu genieſsen; sich mehr an Milch-Pflanzen- und frische Fleischspeisen zu halten.

3. Man soll häufig Kräuterthee aus Klee, Ulmenrinde (cortex ulmi) oder Rosmarin trinken.

4. Häufige Bäder, denen Weizenkleie oder noch besser Milch beigemengt ist; auch ist die Benutzung der Badestube zu empfehlen.

5. Leichte Abführungsmittel aus Sole mit Honig oder aus Kwass mit Salz sind empfehlenswert.

6. Im Sommer soll man ein Dekokt aus den Wurzeln der Distel, des Sand-Riedgrases (carex arenaria), des Seifenkrauts (saponaria) oder, wem es die Mittel gestatten, aus Sassaparille trinken.

Wenn die hier angeführten Ratschläge beachtet werden, kann man genannte Krankheit nicht nur abschwächen, sondern in frischen Fällen sogar vollständig vernichten.

Als Ergänzung zu dieser Antwort finden wir später noch eine andere Schrift, die den Gesichtspunkt der Medizinalverwaltung über die Nichtinfektiosität der Krankheit motiviert.

Gegen Infektion sprächen:

1. Erkrankungsfälle von Kindern gesunder Eltern und anderseits gesunde Kinder bei kranken Eltern.

2. Häufige Beispiele isolierter Erkrankung des Gatten oder der Frau allein.

3. Erkrankungsfälle eines einzigen Gliedes einer zahlreichen Familie, wobei der Gesundheitszustand der übrigen trotz gemeinsamen Lebens ungeschädigt blieb.

Digitized by Google

Als ein weiterer Beweis wird noch die Ansicht des Doktor SARTORIUS, des Operateurs der Medizinalverwaltung angeführt, der sich auf folgende Beobachtungen an Kranken, die in einem besonderen Hospital (das Athonische genannt) beherbergt wurden, stützt: Personen, die in stete Berührung mit den Kranken kamen — wie der Aufseher, die Bedienung, die Wäscherinnen der Krankenwäsche und die Medizinalbeamten selbst, wurden niemals von den Kranken infiziert.

Die Ansichten der Medizinalverwaltung vermochten jedoch das „Vorurteil", welches in den Stanizen bereits feste Wurzeln gefafst hatte, nicht zu beseitigen, da, wie aus den vorhandenen Akten zu ersehen ist, bereits im selben Jahre (1827) zwei separate Räumlichkeiten für Leprakranke errichtet wurden, die eine in Samjana, 5 Werst von der Staniza entfernt, die andere 1 Werst abseits von der Kossikinschen Staniza.

In den Akten von 1832—36 finden wir eine ganze Reihe weiterer Mafsnahmen die Leprakranken zu isolieren. So finden wir z. B. im Rapport ALEJEWS an den Regimentschef ein Projekt zur Errichtung eines Asyls für Lepröse mit folgender Motivierung: In der Kossikinschen, Sseroglasinschen, Samjanschen, Durnowschen und Krasnojarschen Staniza treffen wir Leprakranke an; zum Schutz vor Ansteckung seien auch wohl einige Mafsregeln ergriffen worden (besondere Häuser bei einigen Stanizen), da aber die Kranken nur dürftig versorgt werden, führen die verschiedensten Bedürfnisse sie in die Stanizen zu ihren Verwandten und Nachbarn, „folglich" sagt ALEJEW, „kann man erwarten, dafs sie ihre Krankheit anderen mitteilen werden, was ich auch beobachtet habe."

Das Projekt ALEJEWS realisierte sich aber nicht, doch finden wir in den Akten Hinweise darauf, dafs aufser den bereits im Jahre 1827 vorhandenen separaten Räumlichkeiten für Leprakranke noch neue in den Sseroglasischen und Durnowschen Stanizen eingerichtet wurden. Endlich befindet sich in den Akten von 1860 ein Schriftstück über die Errichtung einer separaten Räumlichkeit in der Wetljankaschen Staniza zur Isolierung von 4 daselbst befindlichen Leprakranken.

Aus den von uns mitgeteilten Auszügen, wie auch aus anderen Hinweisen, die sich in den von mir durchgesehenen Akten vorfinden, ersehen wir eine ganze Reihe von Bestrebungen des Kosakenheeres die Krankheit auszurotten, wir sehen ferner, dafs allen gegen die Krankheit gerichteten Mafsregeln die Überzeugung von der Kontagiosität der Krankheit zu Grunde lag, eine Überzeugung, die nicht auf wissenschaftlicher Forschung beruht, sondern dem Instinkte zuzuschreiben ist, der nicht selten die Überzeugung der Volksmassen lenkt.

Anderseits sehen wir, dafs eine Civilbehörde, und zudem eine speziell medizinische, von entgegengesetzter Überzeugung d. h. vom

Digitized by Google

Standpunkt der Nichtinfeksiosität der Krankheit ausgehend (einer Überzeugung, die gleichfalls nicht einer genauen allseitigen Forschung entstammt, sondern auf Erwägungen zurückzuführen ist, die einerseits auf vereinzelten Facta, anderseits auf theoretischen Spekulationen beruhen), sich vollständig indifferent zur Krankheit verhält und keine Maßregeln gegen sie trifft, wenn man nicht etwa die von ihr empfohlenen Wannen mit Kleie und Milch, Kräuterthee etc. als solche Maßregeln ansehen sollte.

Als Resultat der Handlungsweise sowohl der Kosaken-, wie der Medizinalverwaltung in früheren Zeiten ergibt sich für die Gegenwart folgendes: In den Kosaken-Stanizen selbst — kein einziger Kranker, und bestimmt über 150 Kranke, zum Teil in Astrachan selbst, zum Teil in den Bauernansiedelungen des südlichen Teils des Astrachanschen Gouvernements zerstreut; oder vom erwähnten Teile des Gouvernements abgesehen: gegen 40 Kranke vis-à-vis der Wetljankaschen, Kossikinschen, Sseroglasinschen Staniza, jedoch auf dem linken Ufer der Wolga, und zumal in den Ansiedelungen, die damals (1827) sich kaum aus Herkömmlingen der inneren, gesunden Gouvernements des Reiches zu bilden begannen. Die von mir mitgeteilten Resultate des Kampfes mit der Lepra von seiten des Volksinstinktes sind übrigens lange nicht neu: im gegebenen Falle liegt uns bloß in kleinem Maßstabe eine Kopie jenes Bildes umfangreicher Thätigkeit vor, wie sie sich im Kampfe mit der Lepra im Mittelalter entfaltete, und des Verhaltens der medizinischen Wissenschaft zu dieser Krankheit. In der That, während der Instinkt der Völker auf dem Wege der Isolierung der Kranken sich vor der Lepra zu schützen suchte und zuletzt durch eine enorme Anzahl von Leproserien sein Ziel — die Ausrottung der Krankheit im Westen Europas — erreichte, suchte die Wissenschaft die Ursache der Krankheit in verschiedenen Veränderungen der Säfte des Körpers, in Diskrasien etc., die mit der Idee von der Kontagiosität der Lepra nicht harmonierten und die Wissenschaft zwangen, in diätetischen und hygieinischen Verhältnissen oder in der Vererbung verdorbener Säfte den Grund der Krankheit zu vermuten. Jene grandiose Lehre, die uns die Lepraseuche des Mittelalters gibt, war in letzter Zeit, wo dank Norwegen die Leprafrage wieder auftauchte, so sehr in Vergessenheit geraten, daß die einseitigen und nichts beweisenden ätio-

[2] Bloß in der Kosakenansiedelung Bugor bei Astrachan traf ich im Sommer 1888 eine Familie (Namens Lapschin) an, die aus 3 Gliedern (Stiefmutter, Stiefsohn und Stieftochter) bestand, und die sämtlich an der Lepra erkrankt waren. Doch steht diese Erscheinung in keinem Zusammenhange mit etwaigen früheren Erkrankungen in der Staniza, da solche seit langer Zeit hier nicht vorgekommen sind, und muß die Krankheit wohl als zufällige, von dem Stiefsohne (der als erster erkrankte) entweder aus Astrachan oder den Dörfern der Umgegend in die Familien eingeschleppte angesehen werden.

Digitized by Google

logischen Hinweisungen Danielssens und Boecks[3] und die an Seiten reichen aber an Facta armen Leistungen der englischen Kommission genügten, um mit Hilfe einiger Lehrbücher, deren Verfasser sich nie mit der Lepra befafst haben, die Bedeutung einer Jahrhunderte alten Erfahrung zu vernichten.

Der aus dieser Erfahrung resultierende enge und direkte Zusammenhang zwischen den Leproserien, d. h. dem Isolierungssystem der Kranken und dem totalen Verschwinden der Krankheit, wurde ganz willkürlich von den Antikontagionisten zerstört. Die Lepraseuche des Mittelalters ist in Europa verschwunden; nach den einen — dank den angeblich veränderten Kulturbedingungen, der Hebung des Wohlstandes; nach anderen — infolge des Unterganges der leprösen Menschenrasse, infolge ihrer Unfähigkeit zum Eheleben, d. i. infolge der Unmöglichkeit einer Verbreitung der Seuche durch Vererbung; nach den Dritten endlich — dank einer genaueren Kenntnis der Syphilis, die, irrtümlich für Lepra gehalten, die häufigste Quelle für das Vorurteil im Volke — den Glauben an die Kontagiosität der Lepra — bot. Diesen Gedanken konnte unstreitig nur ein Mensch aussprechen, der nie lepröse Nester oder Herde besucht hat, widrigenfalls der Verteidiger einer solchen Ansicht sich überzeugen mufste, dafs dort, wo solche Nester existieren, das Volk besser, als viele von uns, mit den Symptomen der Lepra bekannt ist; geschweige der entwickelten Formen der Lepra, sind selbst die temporären und konstanten Manifestationen der Lepraflecken der Initialperiode der Krankheit[4] dem Volke gut bekannt. Wo ich auch nur gewesen bin — sei es in Rufsland, sei es in Turkestan —, überall wo ich das System der Krankenisolierung antraf, stiefs ich nie auf diagnostische Fehler. Zu gunsten der Kontagiosität der Krankheit, die dem Isolierungssystem zu Grunde liegt, spricht die Überzeugung des Volkes, und wie mir scheint, thun wir unrecht, wenn wir deren Bedeutung nicht anerkennen: sie kommt der unmittelbaren Erfahrung oft näher, als Kombinationen, die auf diesen oder jenen zur Zeit gangbaren theoretischen Thesen basieren. Unwillkürlich fällt mir dabei ein Beispiel aus jüngst vergangener Zeit, und zwar aus demselben Astrachanschen Gouvernement ein: ich spreche von der Wetljankaschen Pest. Während wir über die Eigenschaften der Krankheit und über die Mafsregeln gegen dieselbe

---

[3] Um eine unrichtige Deutung des Gesagten zu vermeiden, halte ich es für unumgänglich zu bemerken, dafs ich mit der Hindeutung auf die Einseitigkeit der ätiologischen Hinweisungen Danielssens und Boecks ihre Leistungen, die ich in vieler Hinsicht hochschätze, keineswegs diskreditieren wollte.

[4] An einigen Orten — z. B. des Astrachanschen Gouvernements — hält das Volk die primäre Nervenform der Lepra nicht für Lepra, an andern Orten hingegen — z. B. in Turkestan, wo diese Form häufiger vorkommt — werden solche Kranke, ebenso wie die an der Knotenform Leidenden aus der Gesellschaft entfernt.

Digitized by Google

stritten, in alten Büchern nach Aufklärung suchten und hier auf Widersprüche stofsend, unwillkürlich selbst in Widersprüche gerieten, löste der Volksinstinkt (den die einen — Volksweisheit, die anderen — Vorurteil nennen) die Frage von der Natur der in seiner Mitte ausgebrochenen Krankheit weit früher und schneller als wir: es stellte Wachen mit Knütteln bei den Eingängen zu seinen Ansiedelungen auf und setzte der weiteren Verbreitung dieser furchtbaren Seuche ein Ziel.

Wenden wir uns zu diesem direkten Mittel der Empirie zwecks Lösung der Frage: in wie weit ist die Überzeugung des Volkes eine richtige? mufs man, um das Übel auszurotten, thatsächlich zu radikalen Mitteln — zur Trennung der Kranken von den Gesunden — greifen?

Wir sind nicht die ersten, die diesen Weg einschlagen, schon lange vor uns that man dasselbe, bald einzelne Fälle, bald eine ganze Reihe Beobachtungen benutzend und kam in betreff der Eigenschaften der Lepra zu folgenden, streng festgestellten, unstreitigen Schlüssen.

1. Die Krankheit tritt bei den mannigfachsten klimatischen atmosphärischen, tellurischen, sozialen und ökonomischen Verhältnissen auf.

2. Die Krankheit sucht ganze Familien heim.

3. Die Krankheit sucht nur solche Personen heim, die längere oder kürzere Zeit in Lepra-Gebieten verweilt haben.

Bei dem ersten Punkte brauchen wir uns nicht aufzuhalten: Ihre Bestätigung finden wir bereits in jenen Facta, die uns vereinzelte Nester der Krankheit im weiten Bereiche von Süd-Rufsland bieten.

Wie ich auf dem ärztlichen Kongrefs in Odessa anno 1881 hingewiesen, begegnen wir dort einer solchen Mannigfaltigkeit der Lebensbedingungen, wir finden so wenig Gemeinschaftliches in diesen Bedingungen, dafs die Frage von „lokalen Ursachen“ der Krankheit von selbst wegfällt. Wenn einige Autoren mit besonderer Betonung auf die Nähe des Meeres, auf die Verteilung der Ansiedelungen vornehmlich längs den Ufern grofser Flüsse, wie auf eines jener Momente hinweisen, die, wenn sie auch nicht die Krankheit selbst hervorrufen, so doch wenigstens ihre Entwickelung begünstigen, so können diese Momente, abgesehen davon, dafs ein solcher Hinweis für etliche endemische Nester Rufslands (Turkestan, die Steppenansiedelungen der Terschen, die Karatschajschen Berge) nicht gelten kann, vom Standpunkte der Kontagiosität der Krankheit viel glaubwürdiger in dem Sinne ausgelegt werden, dafs die Ufer der Seen und Flüsse zu den beliebtesten Punkten der Emigration und Kolonisation, also folglich auch der Verschleppung der Krankheit gehören.

Unwillkürlich komme ich bei dieser Gelegenheit auf eine Kombination, die einiges Interesse bietet, da sie sich auch auf Süd-Rufsland bezieht. Die Veranlassung dazu gibt mir eine Mitteilung unserer Presse

Digitized by Google

über die Emigration Lepröser aus Persien nach Baku, selbstverständlich auf dem kürzesten und bequemsten Wege — nämlich zur See. Wenn die lokale Administration sich diesem Umstande nicht widersetzen würde (was vollständig begründet wäre), so würde die Emigration naturgemäfs ihre Richtung nicht ins Innere Rufslands und des Kaukasus nehmen, sondern würde sich blofs auf die Umgegend Bakus und einige andre am Meere gelegene Punkte begrenzen, wo sich die Folgen dieser Emigration auch manifestieren würden, wenn nur, wie ich zu vermuten berechtigt bin, diese Gegend nicht bereits schon infiziert ist.

(Fortsetzung folgt.)

Mitteilungen aus der Litteratur.

Zirkulationsstörungen.

Über die Resultate der Ausschälungen von Varicen an den unteren Extremitäten, von Dr. Boennecken. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 38.) Auf der Rostocker chirurgischen Klinik wurden in der Zeit vom Oktober 1882 bis Mai 1887 14 Fälle von Venenausschälungen vorgenommen, und sagt B., dafs durch richtig ausgeführte Venenausschälung regelmäfsig und andauernd die Beschwerden, welche die Patienten vorher empfanden (Müdigkeit, Schmerz, Wadenkrampf), ebenso die Veränderungen der Haut (Ekzeme, Geschwüre) beseitigt wurden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Einfache Entzündungen.

Über die Heilung von Karbolekzem durch Lanolin, von Dr. Georgr Meyer. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 36.) Bei einem jungen Manne mit einer Quetschwunde des dritten Gliedes des linken 5. Fingers, auf welche 2% Karbolsäurelösung und Jodoform angewandt war, entwickelte sich von der Wunde ausgehend ein sehr intensives Ekzem, das der Borvaseline und der Lassarschen weifsen Paste nicht weichen wollte. Erst nach Anwendung von Lanolin mit etwas Kokain liefs das Jucken bald nach, und die Wunde, die bis dahin keine Neigung zur Heilung zeigte, war in ca. 8 Tagen geheilt. M. empfiehlt das Lanolin auch bei frischen Brandwunden.

Dr. Nagel-Schnackenburg macht darauf aufmerksam[1], dafs ihm persönlich das **Ung. Diachyl. Hebr.** stets in dieser Beziehung die besten Dienste geleistet habe.

L. Hoffmann-Berlin.

---

[1] *Berl. klin. Wochenschr.* No. 37.

Digitized by Google

Spezifische Entzündungen.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Zur Prophylaxis des Herpes tonsurans der Kopfhaut, von Frederick J. Levisеur M. D. (*New York. med. Journ.* Juli 13. 1889.) Nach einigen Bemerkungen über die Diagnose des Herpes tonsurans und die Behandlung desselben mittels Epilation macht Verf. den Vorschlag, eine besondere Abteilung zur Behandlung der pflanzlich parasitären Hautkrankheiten an einigen Polikliniken der Grofsstädte einzurichten. Derartige Mafsregeln, meint er, würden die besten Gelegenheiten darbieten, um:

1. aus dem Stegreif mikroskopische Untersuchungen zu diagnostischen Zwecken anzustellen;

2. um die pflanzlich parasitären Hautkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung ihres Entstehens, des Genius epidemicus und der allgemeinen Prophylaxe zu studieren;

3. um die Epilation in grofsem Mafsstabe durch geschulte Wärterinnen ausüben zu lassen.

Es könnten dann alle Fälle von Herpes tonsurans capitis an diese Kliniken verwiesen werden, und die gröfseren Kenntnisse und Erfahrungen, die man auf diese Weise würde sammeln können, kämen dann der Aufstellung von Verhütungsmafsregeln gegen die Verbreitung des Trichophyton in Schulen und anderen öffentlichen Anstalten, wo Kinder in grofser Anzahl versammelt sind, zugute.

H. Leslie Roberts-London.

b. *Cutiserkrankungen.*

Zur Behandlung des Erysipels mit Karbolinjektionen, von Dr. P. Samter. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 35. 36.) Auf der chirurgischen Abteilung des städtischen Krankenhauses zu Danzig hat Dr. S. 40—50 Erysipelkranke mit Karbolinjektionen behandelt und kommt zu dem Schlufs, dafs das Hauterysipel durch Karbolinjektionen sicher koupiert werden kann. Bedingung des Erfolges ist 1. gesicherte Diagnose, 2. ausreichende Dosierung. Bei Pseudoerysipel, unter welchem der Verf. die progressive Phlegmone, das akut purulente Ödem etc. versteht, haben die Karbolinjektionen keinen Einfluſs. Die Karbollösung, welche er verwendete, hat folgende Zusammensetzung:

Acid. carbol. pur.
Alcohol. absol. ā 3,0
Aq. destill. 94,0

und wird für jeden Fall frisch bereitet. Der Ort der Injektion ist die gesunde Haut, 1—2 cm vom Rande der erkrankten Partie entfernt. Ohne Erhebung einer Hautfalte wird die Nadel der Pravazschen Spritze in der Richtung nach dem erkrankten Teile hin flach eingestochen und unter leichten seitlichen Bewegungen wird ½—1 ganze Spritze voll injiziert. Die Entfernung der Einstichpunkte voneinander schwankt je nach der vom einzelnen Punkte aus injizierten Menge von 2—3 bis 5—6 cm. Sonst wird der erkrankte Teil nur mit Öl eingerieben und mit Watte bedeckt, innerlich viel Reizmittel. Zur Verhütung von Karbolintoxikation wird Natrium sulfuricum (stündl. 1 Eſslöffel einer 5% Lösung) gegeben. Innerhalb 12—24 Stunden kehrt dann die Temperatur zur Norm zurück. Bei Erysipelas faciei und capitis sind die Injektionen sehr schmerzhaft und erzeugen leicht kleine Abscesse an den Injektionsstellen, daher hier nur zu empfehlen in dringenden Fällen.

L. Hoffmann-Berlin.

Digitized by Google

Chronische Infektionskrankheiten

c. *Syphilis.*

Pathognomische Residuen der Syphilis am Auge, von Dr. Peltesohn in Hamburg. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 35.) Mit Übergehung der syphilitischen Krankheiten der Lider und der Bindehaut, sagt P., lassen sich aber an der Hornhaut sehr leicht Residuen von Syphilis konstatieren, und zwar ist es die Keratitis punctata specifica und die Keratitis diffusa (interstitialis). Bei letzterer kann man nach künstlicher Pupillenerweiterung mit einer 2" oder 3" Linse hinter dem Augenspiegel deutlich sehen, wie in der Tiefe der Hornhaut besenreiserförmig am Rande auseinanderfahrende und gegen die Mitte der Hornhaut vordringende Gefäfschen sich mit den von der entgegengesetzten Seite kommenden vereinigen. Dieses Bild bleibt viele Jahre hindurch, vielleicht auch fürs ganze Leben bestehen. Was die Iritis anbetrifft, so kann man aus deren Residuen immer auf Syphilis schliefsen; hierbei mufs man mit der Lupe in der Hand bei seitlicher Beleuchtung auch auf die kleinen punktförmigen Synechien achten. Bei der Iritis gummosa bleibt eine partielle Atrophie der Iris oder eine unvergängliche Narbe zurück, die meist in der Nähe des Ciliarteils liegt. Die punktförmigen Trübungen des Glaskörpers kommen bei syphilitischen Erkrankungen des ganzen Auges vor. Was die Chorioidea betrifft, so nennt man für gewöhnlich die Choriod. areolaris, die Choriod. disseminata und die Chorioretinitis pigment. atypica als die luetischen Entzündungen der Aderhaut. Obwohl eine Atrophie der Pupille garnicht so selten im Verlauf einer kongenital-luetischen Chorioretinitis, bisweilen durch Fortpflanzung einer luetischen Meningitis chron., in seltenen Fällen auch nach primärer Neuritis specifica entsteht, ansehen kann man der blassen Sehnervenscheibe die Syphilis nicht. Aber eine Neuritis schnell und mit glücklicher Erhaltung der Sehschärfe zu heilen, gelingt uns doch eigentlich nur bei Syphilis. Darum darf man auch wohl umgekehrt schliefsen, wo man bei einer ophthalmoskopischen Atrophie der Pupille gute Sehschärfe feststellt, dafs wahrscheinlich Syphilis die Ursache gewesen sei. *L. Hoffmann-Berlin.*

Die Behandlung der Syphilis mittels Injektionen von Oleum cinereum, von Dr. G. Mandry. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 35.) In dem Kölner Bürgerhospital hat M. die subkutanen Injektionen von Oleum cinereum in der von Lang angegebenen Form angewandt und ist zu folgenden Resultaten gekommen. Am meisten hat sich folgendes Verfahren bewährt: Alle 8 Tage eine Injektion von 0,3 Ol. cin. Sobald die Symptome deutlich zurückgehen, spätestens aber nach 5 Wochen (also 5 Einspritzungen) wurden die Einspritzungen ausgesetzt, um, wenn nötig, nach längerer Pause — 6—8 Wochen — wieder aufgenommen zu werden.

Im ganzen hat er in 6 Monaten an 107 Kranken mit 547 Injektionen das graue Öl angewandt und zwar bei 81 weiblichen mit 393 Injektionen und bei 26 männlichen Individuen mit 154 Injektionen. Nur bei 3 Frauen traten 5 Abscesse ein. Mundentzündungen zeigten sich in 19 % der Fälle, 3 bei den Männern = 12 %, und 17 bei den Frauen = 21 %. Bei einer Patientin mit schwerer Lues wurden in 8 Wochen 3,3 Ol. cin. in 6tägigen Intervallen injiziert; 14 Tage nach der letzten Injektion trat eine foudroyante, rasch um sich greifende ulceröse Stomatitis auf, welche trotz aller therapeutischen Bemühungen zu einer Nekrose des Unter- und Oberkiefers mit Verlust eines Teils der Zähne führte. Der Einfluss der Behandlung auf das Allgemeinbefinden ist ein durchaus günstiger. Was die Erfolge anbetrifft, so waren geheilt 16 Männer, 61 Frauen = 72 %, gebessert 6 Männer und 5 Frauen = 10 %, ungeheilt 3 Männer = 3 %. In vielen Fällen ist schon nach 2 Ein-

Digitized by Google

spritzungen eine deutliche Rückbildung der syphilitischen Symptome zu erkennen gewesen, in fast allen nach 4—5 Injektionen. Wirkliche Mifserfolge waren garnicht vorhanden. *L. Hoffmann-Berlin.*

Akute Infektionskrankheiten.

Über ein eigentümliches Exanthem, von Dr. Gruwe. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 34.) G. stellte im ärztlichen Verein zu Hamburg am 29. Jan. d. J. ein 8jähriges Mädchen mit einem Exanthem vor, welches er in ungefähr 20 Fällen gesehen hat, das mit der Eruption von dunklen, konfluierenden, masernähnlichen Flecken auf beiden Wangen und auf der Aufsenseite der Oberarme begann und in den folgenden Tagen sich über die übrigen Teile des Körpers ausbreite. In der Mehrzahl der Fälle sei das Exanthem von einem leichten Schnupfen und einer Schwellung der Unterkieferdrüsen begleitet; hingegen habe er Bronchialkatarrh oder Lichtscheu bei keinem der Fälle beobachtet. Keine Störung des Allgemeinfindens. Von Rubeolen unterscheide sich das Exanthem dadurch, dafs, während die Rubeolenefflores-zenzen in der Regel isolierter ständen, die Flecke in diesen Fällen konfluierten. Aufserdem betrug die Dauer dieser Affektion 10—14 Tage, während die Rubeolen-efflores zenzen nach 2—4 Tagen geschwunden sind. *L. Hoffmann-Berlin.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Scleroderma circumscriptum (Morphoea), von Henry Handford M. D. (*The illustrated Medical News.* 22. Juni 1889.) Verf. schildert zwei von ihm während 2½ Jahren beobachtete Fälle dieser Affektion.

No. I. Verheiratete 38 Jahre alte Frau, durch längere Menorrhagie geschwächt. Linker Oberarm zeigt an seiner Aufsenfläche und oberhalb und unterhalb der Insertion des M. Deltoides auf der Vorderfläche verschiedentlich umschriebene Flecke von Sklerodermie. 1. Auf der Aufsenseite findet sich ein runder, anderthalb Zoll im Durchmesser betragender Fleck von gelblich-weifser Farbe, nicht durchscheinend und etwas induriert, dabei mit dem subkutanen Bindegewebe verwachsen. In der Umgebung desselben mehrere bläulich-weifse Flecke ohne Induration; das Ganze von einem erythematösen Hofe eingeschlossen. 2. Unterhalb der Deltoidesinsertion sieht man auf der Vorderseite des Armes einen kleineren Fleck von einem drittel Zoll Durchmesser, bläulich-weifser Farbe, ohne Indurierung, dagegen atrophisch, von geringerem Alter. 3. Oberhalb der Deltoidesinsertion eine Gruppe sklerodermischer Flecke, von denen einige bläulich-weifse Farbe und Verdünnung des Gewebes aufweisen, während andre gelblich-weifs, induriert und mit dem darunter liegenden Gewebe adhärent sind.

Die indurierten gelben Stellen scheinen ein späteres Stadium der bläulich-weifsen, verdünnten Stellen darzustellen. Von physiologischen Veränderungen an den befallenen Gebieten sind zu nennen: 1. Behinderung der Sekretion. 2. Nervenstörungen, kenntlich an der verminderten Berührungs- und Schmerzempfindung. Die Adhäsionen mit der Unterlage verursachten unausgesetzte Schmerzen, zu deren Linderung die Exzision ausgeführt wurde. Die Wunde vernarbte und der Schmerz war

Digitized by Google

auf diese Weise gehoben, jedoch entwickelte sich ein Keloid auf der Narbe. Histologische Veränderungen: a. am Epithel keine nachzuweisen: b. am Corium Hypertrophie und Rundzelleninfiltration: die mikroskopischen Schnitte waren undurchsichtig (!).

No. II. Verheiratete 28 Jahre alte Frau, anämisch und geschwächt durch starken Monatsfluſs, schnell aufeinanderfolgende Geburten und länger dauernde Laktation. Der Fall bietet dadurch Interesse dar, daſs die sklerodermischen Stellen ähnlich wie bei Leukodermie von einer etwas pigmentierten Zone umgeben waren. Sie waren auf der linken Seite des Thorax und in der Gegend der Scapula und Clavicula rechts lokalisiert und boten eine gelblich-weiſse Färbung ohne Induration dar (1886). Bis zum Jahre 1889 war keine Vergröſserung an den Stellen eingetreten, doch hatten sich die meisten derselben verhärtet, ohne adhärent zu werden, und hatten sich über das Niveau der umgebenden Haut emporgehoben. Bei beiden Fällen waren in dem sklerosierten Gebiete einige Talgdrüsen durch Sebumansammlung dilatiert. *H. Leslie Roberts-London.*

Zwei Fälle von Gangrän der äuſseren Hautdecken, von Dr. v. Düring. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 34.) In der Sitzung vom 29. Januar d. J. des ärztlichen Vereins zu Hamburg stellte v. D. 2 Fälle von Gangrän der äuſseren Hautdecken vor. Der erste betraf eine Frau, die sich vor 22 Jahren voraussichtlich luetisch infiziert, nie abortiert hat und ein gesundes lebendes Kind besitzt. Eine Quecksilberkur hat Pat. nie durchgemacht. Vor 17 Jahren traten lähmungsartige Erscheinungen auf, die sich nach ¼jährigem Bestehen allmählich wieder verloren. Das erste Auftreten der jetzt bestehenden kastaniengroſsen Gummata vermag Pat., deren Psyche überhaupt gelitten hat, nicht anzugeben. Zur Zeit besteht ein Fünfmarkstück groſser Defekt auf der vorderen Schädelhälfte, mitten in demselben befindet sich ein Sequester, im rechten Wundwinkel fühlt und sieht man deutliche Pulsation.

Der zweite Fall betrifft ein Kind, das vor 2 Jahren mit 2 spontan entstandenen tiefen, Fünf- resp. Dreimarkstück groſsen Ulcera auf dem Rücken in poliklinische Behandlung kam; trotz der eingeschlagenen Therapie schritt die Gangrän zunächst fort, bald darauf jedoch trat unvollkommene Überhäutung ein. Nach einem Jahr bildete sich ebenfalls spontan ein Recidiv, das allmählich heilte; zur Zeit haben sich von neuem spontane Erosionen in der alten Narbe gebildet.

L. Hoffmann-Berlin.

Pathologie und Therapie des Urogenital-Systems.

Ségond (*Sem. méd.* 1889. No. 10) spricht in der Pariser Société de chirurgie vom 27. Februar 1889 von einem Falle R. Jamins, wo eine Radikaloperation der **Varicocele** bei einem 26jährigen Manne die Impotenz heilte. J. beobachtete, daſs in der Rückenlage bei besserem Venenabschluſs eine wenn auch nur sehr kurze Erektion möglich war. Eine Kompressionsbandage J.s besserte zwar, aber genierte doch sehr. Deshalb operierte er nach Guyon. Erektionen erschienen „fast unmittelbar darauf.“ Coitus nach 5 Wochen noch erfolglos, aber nach 2 Monaten zu völliger beiderseitiger Zufriedenheit. S. erwähnt dabei einen Fall von Vidal de Cassis, wo Varicocele mit Impotenz und Kastratenstimme verbunden war, und wo das Individuum Potenz und normale Stimme gleichzeitig wiedererlangte.

In der Diskussion glaubten Berger und Terrier an eine durch Hypochondrie verursachte Impotenz, die hier die Operation geheilt hätte. S. verwahrt sich dagegen, da kein neuralgischer Hodenschmerz vorhanden war. *Pauly-Nervi- Wiesbaden.*

Digitized by Google

Über die Anwendung der Kokainanästhesie bei der Blasensteinzertrümmerung, von Dr. A. Freudenberg (Berlin). (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 27—30.) Die Steinzertrümmerung muſs nach Ansicht des Verf.s heute als die Regel bei Blasensteinen betrachtet werden, und zwar in der von Bigelow vorgeschlagenen Form. F. kommt zu dem Schluſs, daſs er sich nicht dazu entschlieſsen könnte, mit höheren Dosen als 4 oder höchstens 5 g Kokain zu arbeiten; er möchte sogar dringend davor warnen, bei Patienten, deren Reaktion gegenüber dem Kokain man nicht kennt, mit den massiven Dosen von 6—7,5 g zu beginnen. Im ganzen werden 3—4, höchstens 5 g für Blase und Harnröhre zusammen, in 6—8—10 %iger Lösung verwendet, wohl immer ausreichen. Selbstverständlich müssen Patienten mit Herzaffektion oder mit Erkrankungen des Nervensystems während der Operation sorgfältig überwacht und gegebenen Falles durch schleunige Entleerung des Blaseninhalts und Auswaschung der Blase und der Harnröhre der weiteren Resorption des Kokains energisch ein Ziel gesetzt werden. Verf. hat gröſsere Quantitäten von schwacher Kokainlösung und geringere Quantitäten von konzentrierter Lösung injiziert; er hat mit und ohne Nachfüllung einer indifferenten Flüssigkeit (gewöhnlich Borsäurelösung) operiert; wichtig ist es, daſs auch die Urethra, und zwar sowohl die anterior wie die posterior, mit kokainisiert wurde. Deshalb wurde so verfahren: Nach Einführung eines weichen, womöglich Jaques Patent-Katheters wird die Blase des vorschriftsmäſsig gelagerten Patienten entleert und, namentlich bei bestehender Cystitis, sorgfältig mit Borsäure- oder schwacher Karbollösung ausgespült. Darnach werden mittels einer an den Katheter angesetzten Spritze 40—45 ccm einer 6—8—10 (!) %igen Kokainlösung ungefähr zur Hälfte direkt in die leere Blase und zur andern Hälfte, nach Zurückziehung des Katheterauges in die Pars posterior urethrae, durch die Pars prostatica in die Blase injiziert. Sodann wird das Katheterauge in die Pars anterior urethrae vorgezogen und diese, unter Zudrücken der äuſseren Harnröhrenmündung, mit 5—10 ccm der oben angegebenen Lösung angefüllt. Darauf wartet man, unter fortgesetztem Zudrücken der äuſseren Harnröhrenmündung, 6—8 Minuten, bringt den Blaseninhalt durch Nachfüllen von Borsäurelösung auf ca. 150—200 ccm und beginnt die Operation.

L. Hoffmann-Berlin.

Zur Blasenpunktion, von Dr. Posner. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 30.) P. berichtet über 3 Fälle, wo bei totaler Retention des Urins und bei schwierigem Katheterismus, wobei noch Blutcoagula die Harnröhre verstopften, die suprapubische Punktion und Aspiration der Blase das schonendste und sicherste Mittel zur Erleichterung der Kranken war, ja er habe sogar beobachtet, daſs mitunter nach einer oder mehreren Punktionen entweder die Blasenfunktion sich wiederherstellte, oder die Einführung von Instrumenten erleichtert wurde. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Therapie der Prostatahypertrophie und chronischen Cystitis, von Dr. Fehleisen. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 33.) In den meisten Fällen, in denen es sich nicht allein um ein mechanisches Hindernis im Bereiche der Prostata, sondern auch um eine primäre Erkrankung der Blasenmuskulatur handelt, wird man eine regelmäſsige Entleerung der Blase durch den Katheter vornehmen und die Cystitis lokal behandeln. In bezug auf die letztere zieht F. zu Ausspülungen die Adstringentien den antiseptischen Mitteln bei weitem vor. Von den Adstringentien ist eines der wirksamsten der Höllenstein, welcher namentlich bei sogen. „Atonie“ der Blase am Platze ist. In mehreren Fällen hat F. einen sehr befriedigenden Erfolg gesehen nach Einspritzung von 50 ccm einer etwa 1 %igen Lapislösung (man steigert die Konzentration so lange, bis leichtes Brennen eintritt). Solche Ausspülungen dürfen aber nur in Pausen vorgenommen werden, in der Zwischenzeit werden indifferente

Digitized by Google

Ausspülungen gemacht. In den Fällen, wo der regelmäfsige Katheterismus auf erhebliche mechanische Schwierigkeiten stöfst, wo grofse Neigung zu Blutungen vorhanden ist, oder wo ein anhaltender Reizzustand der Blase (irritable bladder) besteht, welcher durch Ausspülungen nicht beseitigt werden kann, thut man am besten, die Prostata (den erkrankten Schlufsapparat der Blase) gewissermafsen auszuschalten, durch Ausführung des hohen Blasenstichs mit Sinkenlassen der Kanüle resp. Anlegung einer Fistel nach der Methode Nussbaums. Hierzu berichtet F. über 3 Fälle, bei denen eine Fistula suprapubica längere Zeit bestand. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Klinik der Samenblasenkrankheiten, von Dr. M. Horovitz. (*Wiener med. Presse.* No. 33 und 34.) Die Lage der Samenblasen im Innern des Körpers schützt dieselben wesentlich vor äufseren Schädlichkeiten, und es sind daher die Erkrankungen der Samenblasen vorwiegend sekundärer Art als Folgen des Trippers, Striktur der Harnröhre etc., indem der spezifische Entzündungsprozefs auf dieselben übergehen und eine Spermatocystitis hervorrufen kann. Die gewöhnlichen Formen der Spermatocystitis äufsern sich in Fieber, krampfartigen, vom Mittelfleisch gegen Harnröhre und Blase ausstrahlenden Schmerzen, sehr häufigem und heftigem Harndrang und peinlichem Wollustgefühl. Auf der Höhe der Schmerzanfälle tritt eine Kontraktion der Perinealmuskulatur ein, und dabei entquillt der Harnröhre eine trübe dicke Flüssigkeit mit Samenfäden. Die digitale Untersuchung per rectum läfst deutlich eine Schwellung der Samenbläschen erkennen; es treten Schmerzen und Harndrang bei Druck auf die kranken Gebilde auf, und endlich läfst sich beim Streichen längs der erkrankten Gegend bis zur Harnröhre Samenflüssigkeit ausdrücken. Doch alle diese Symptome sind nicht genügend, die Diagnose der Spermatocystitis sicher zu stellen, es mufs noch eine Epididymitis derselben Seite dazukommen. Denn nur diese ist das sichere Zeichen, dafs das krankmachende Agens längs der Ausspritzungskanäle in das offene Ausführungsrohr der Hodendrüsen eingedrungen ist und gleichzeitig auch die Samenbläschen ergriffen hat.

Die Fälle mit Hämatospermie seien schwerer, weil sie durch die zu Grunde liegende ernste Gewebsalteration leicht zur Absceſsbildung führen können. Der intensivste Grad von Spermatocystitis bestehe in der Vereiterung der Samenblasen, so dafs dieselben zu förmlichen Absceſshöhlen umgestaltet werden und Gefahr einer allgemeinen Eiterinfektion besteht. Wenn der Eiter die Wand der Samenblasen durchbricht, so entleert sich derselbe in den Mastdarm oder in das Perineum mit Hinterlassung von Fistelgängen, gegen die Verfasser die von Prof. von Dittel angegebene operative Ablösung der vorderen Mastdarmwand empfiehlt, durch welche breite Zugangsöffnung sich die Absceſshöhle gut entleeren und streng antiseptisch behandeln liefse; die Wunde heile langsam und ohne Zurücklassung einer Fistel.

Zur Behandlung der erstgenannten leichteren Fälle genügten Kälte auf das Perineum, wochenlange Enthaltsamkeit, Regulierung der Darmthätigkeit und gegen die Schmerzen Einspritzung von Kokainlösung. *Eckart-Nürnberg.*

Angeborene konträre Sexualempfindung. Erfolgreiche hypnotische Absuggerierung homosexualer Empfindungen, von Krafft-Ebing. (*Internat. Centralblatt f. d. Physiol. u. Pathol. der Harn- u. Sexualorgane.* Bd. I. 1889. No. 1.) In dem Titel der Arbeit ist bereits ein Referat derselben deponiert.

Ein 34jähriger Dr. phil., der nur Hang zu Männern hatte, wird durch Suggestion von demselben geheilt. Er hat weder onaniert, noch Befriedigung des Geschlechtstriebes beim eigenen Geschlechte gesucht. Das üppigste Weib vermochte nicht, eine Erektion des Gliedes des Patienten hervorzurufen, während es zur Ejakulation kam, wenn ihn ein Mann nur umfafste. *P. Taenzer-Leipzig.*

Digitized by Google

E. Welander in Stockholm hat (*Nordisk med. Arkiv.* Band XIX. No. 25) die **Smegmabacillen** nach einem modifizierten Verfahren von Ehrlich und Lustgarten gefärbt und solche mit wenigen Ausnahmen immer im männlichen wie weiblichen Smegma gefunden. Auch hat er sehr ähnliche Bacillen im Sekrete syphilitischer Affektionen gefunden, nie aber im Gewebe selbst; er hat solche eigentlich nur von solchen Stellen genommen, wo sich Smegma wirklich findet, und glaubt deshalb, die sogenannten Syphilisbacillen wären Smegmabacillen. In Fällen, wo nach Tuberkelbacillen gesucht wird, rät er, um Verwechselungen zu verhüten, sehr vorsichtig zu sein, um nicht Smegma im Urin oder Sekrete zu erhalten.

E. Pontoppidan-Kopenhagen.

Angeborener, scheinbar absoluter Aspermatismus, übergeführt durch örtliche Behandlung in relativen Aspermatismus. Befruchtung während des letzteren Zustandes, von Peyer. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. I. 1889. No. 3.) Ein 27jähriger Mann, seit 2 Jahren verheiratet, leidet an Anämie, Schwindel, Mattigkeit, Herzklopfen und Kreuzschmerzen, ohne dafs sich der Grund dafür nachweisen läfst. Den Coitus übt er häufig bei seiner Frau aus, doch ist noch nie eine Ejakulation dabei erfolgt. Die Erektion erfolgt prompt, doch ermattet Patient bald und fühlt sich dann sehr „angegriffen". Die Urinuntersuchung ergab massenhafte Spermatozoen. Es handelte sich also um keinen absoluten Aspermatismus. Zweimalige wöchentliche adstringierende Behandlung der pars prostatica urethrae hatte eine Besserung der Art zur Folge, dafs die an und für sich schon kräftigen Erektionen noch gewaltiger wurden; doch konnte der Aktus nicht zu Ende geführt werden, wegen Ermattung der Frau. Noch während der letzten Erektionen schlief der Patient ein, und im Schlafe trat dann die Ejakulation ein Einmal passierte es, dafs der Erguſs im Schlafe an der richtigen Stelle erfolgte und — — die Frau wurde schwanger. [Ja! Ja! Den Seinigen gibts der liebe Gott im Schlafe!]

P. Taenzer-Leipzig.

Ein neuer Harnröhrenspülapparat für die gesamte Harnröhre, von Lohnstein. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. I. 1889. No. 3.) Das Instrument besteht aus zwei ineinander geschobenen Kathetern (ähnlich wie der Schützesche), einem dünneren inneren und einem stärkeren äufseren. Der innere ist am Ende mit einer Öffnung versehen, aus welcher der Flüssigkeitsstrom hervorkommt, um am massivem Ende des äufseren Katheters zurückzuprallen. Der äufsere Katheter ist der Länge nach mit 4 Schlitzen versehen, um eine möglichst ausgiebige Berührung der Urethralwand mit der Flüssigkeit herbeizuführen. Das obere Ende des Apparates ist gabelig geteilt (Zu- und Abflufsrohr) und mit einer der Konvexität der Eichel entsprechenden konkaven Schlufsglocke versehen.

P. Taenzer-Leipzig.

Eine Haarnadel in der Harnblase, von Antal. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. I. 1889. No. 1.) Eine 25jährige Nähterin liefs beim Masturbieren eine Haarnadel in die Harnröhre gleiten; beim Cystoskopieren entdeckte man dieselbe in folgender Lage: der eine Schenkel lag noch in der Harnröhre; die Spitze war in das Gewebe eingedrungen, der andre Schenkel war mit der Spitze in den Blasengrund eingebohrt, während die Biegung der Nadel gegen den oberen Blasenteil gekehrt war. Die Extraktion durch die Harnröhre war wegen der ungünstigen Lage nicht möglich. Es wurde deshalb der noch in der Harnröhre befindliche Schenkel durch dieselbe nach dem Rectum durchgestofsen und durch eine Drehung der im Blasengrunde befindliche Schenkel aus demselben herausgehoben und die ganze Nadel durch den Mastdarm entfernt.

Digitized by Google

Vorher war die Lage der Nadel durch das Elektro-Cystoskop photographiert worden. Die Photographie ist zwar keine besonders gelungene, doch genügt sie, um dem Leser ein ganz anschauliches Bild zu geben. Es ist eben keine leichte Aufgabe, eine gute Photographie des Blaseninnern anzufertigen.

P. Taenzer-Leipzig.

Über die Abhängigkeit der Harnmenge von der Häufigkeit der Blasenentleerung, von Preyer. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. I. 1889. No. 1.) Je häufiger man uriniert, desto mehr Harn sondert die Niere ab. Häufige Blasenentleerung wirkt also diuretisch, und zwar weil durch das häufige Entleeren der Blase der Harndruck durch die Uretheren auf die Harnkanälchen vermindert wird. Der Harn kann also von den Nieren leichter nach der entleerten Blase abfliefsen. Damit entscheidet sich Pr. dahin, dafs eine Wasserresorption in der Blase nicht stattfindet. Wie erklärt sich aber Pr. dann die Konzentration des Harnes bei längerem Verweilen desselben in der Blase?

Übrigens ist das häufige Entleeren der Blase doch nicht so ohne Nachteil. Denn jeder Spezialist weifs, dafs, je häufiger die Blase entleert wird, desto mehr dieselbe ihre Elastizität und infolgedessen auch an Kapazität verliert; dies ist um so frappanter nach pathologischen Zuständen, z. B. nach Blasenkatarrh. Vielleicht würden viele nachteilige Folgen desselben (z. B. Kapazitätsverminderung) vermieden, wenn man die mit Blasenkatarrh Behafteten dahin bringen könnte, die Blase recht lange in ausgedehntem Zustande zu erhalten.

P. Taenzer-Leipzig.

Ein Beitrag zur Kenntnis des Urethralfiebers, von Zülzer. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd I. 1889. No. 3.) Z. fand bei seinen Experimenten, dafs, wenn er die Pars prostatica der Urethra durch Kneifen mit der Pinzette reizte, eine wellenförmige Bewegung im unteren Teile der Uretheren eintrat. Weitere Mitteilungen sollen folgen.

P. Taenzer-Leipzig.

Über psychosexuales Zwittertum, von v. Krafft-Ebing. (*Internat. Centralbl. f. d. Physiol. u. Pathol. d. Harn- u. Sexualorgane.* Bd. I. 1889. Heft 2.) Unter psychosexualen Zwittern versteht Kr.-E. solche Individuen, bei denen sowohl Personen des eigenen wie des andern Geschlechtes gegenüber sexuale Empfindungen und Neigungen sich vorfinden und nach Umständen Befriedigung finden. Er unterscheidet 1. Erworbenes und 2. angeborenes psychosexuales Zwittertum.

1. Erworbenes psychosexuales Zwittertum entsteht durch Untergehen heterosexualer Gefühle und Dränge auf Kosten gezüchteter homosexualer. Diese Individuen ergeben sich frühzeitig, von genitalen Reizen geplagt, der Onanie, deren gewöhnliche Folgen in sexueller Neurasthenie, Impotenz, Scheu vor dem andern Geschlecht gipfeln. Gelegentliche Freundschaftsbezeugungen führen dann zur Entwickelung von homosexualen Gefühlen.

2. Angeborenes psychosexuales Zwittertum. Derartige Individuen sind psychische Zwitter von Naturanlage. Kein Horror sexus alterius; sie schliefsen häufig Ehen, doch bleiben sie immer „kalte Naturen." Bei diesen Individuen sind die homosexualen Empfindungen immer die primären und ausschlaggebenden. Infolge Mangels eines geeigneten Objektes fallen derartige Patienten meist der Onanie anheim. —

Pollutionen werden ausschliefslich nur durch homosexuale Traumbilder ausgelöst. Potenz und Wollustgefühl können normal sein.

Jede der beiden Gattungen wird vom Verf. durch eine Krankengeschichte illustriert.

Digitized by Google

Therapie: 1. Bekämpfung der Onanie und der andern schädlichen Einflüsse.
2. Beseitigung der aus 1. resultierenden Neurosen.
3. Psychische Behandlung durch Bekämpfung homosexualer und Beförderung heterosexualer Gefühle (hypnotische Suggestionsmethode). *P. Taenzer-Leipzig.*

Aus der Praxis.

No. 10. **Wo ist heutzutage die Anwendung des Paquelins in der dermatologischen Praxis unumgänglich?** (Nach einem Vortrage von Dr. P. G. Unna, mitgeteilt von Dr. E. Clasen.) Die Anwendung des Brenners kann selbstverständlich in der dermatologischen Praxis eine noch vielseitigere sein als in der chirurgischen. Wir können mit demselben bequemer Weise gutartige und bösartige Neubildungen zerstören, Geschwülste abtragen, Angiome durch multiple Brandnarben zur Verödung bringen, hartnäckige Dermatosen, wie den sog. erythematösen Lupus, durch flächenhafte Applikation günstig beeinflussen, mit dem Mikrobrenner einzelne Follikel, Drüsengänge und Fisteln ausbrennen etc.

In allen diesen Fällen ist der Paquelin durch andere chirurgische Maßnahmen ersetzlich, und es ist Sache der Gewohnheit und Liebhaberei, ob wir hierfür den Paquelin vor dem Messer, den Causticis, der Abbindung, der Elektrolyse etc. bevorzugen.

Die obige Frage deutet jedoch mit Recht daraufhin, daß es in der That einige Affektionen der Haut und der benachbarten Schleimhautteile gibt, in denen bei der heutigen Lage der Dinge die Anwendung des Paquelins bei weitem jedem andern Eingriffe vorzuziehen ist, sei es, weil diese Art der Behandlung sehr viel sicherer vor Recidiven schützt oder die Behandlungsdauer unverhältnismäßig abkürzt.

Je schärfer mit dem Fortschreiten der Entwickelung unserer Wissenschaft die Stellung der Diagnose wird, und je wirksamere therapeutische Maßnahmen anderer Art wir kennen lernen, desto mehr werden diese absoluten Indikationen des Paquelins — wie alle chirurgischen Encheiresen in der Dermatologie — eingeschränkt werden, das liegt in der Verschiedenheit des chirurgischen und dermatologischen Standpunktes. Der Chirurg zerstört die Neubildung und sorgt event. für plastischen Ersatz, ohne Rücksicht auf die Erhaltung jeden Quadratmillimeters gesunden Gewebes, der Dermatologe erstrebt ebenfalls die absolute Entfernung der krankhaften Haut, aber durch Umwandlung derselben in gesunde oder, wo dies nicht geht, unter peinlichster Ersparung noch gesunder Hautteile. Er durchlöchert oder skarifiziert z. B. eine lupöse Hautstelle anstatt sie in toto auszuschneiden. Es ist klar, daß die Grenze zwischen chirurgischem und rein dermatologischem Handeln in unserer Spezialwissenschaft sich mit dem Fortschritte unseres Könnens zu gunsten dermatologischer Methoden beständig verschieben wird.

Als solche Affektionen nun, welche heute noch mit unvergleichlich viel besserem Resultate summarisch mittels des Paquelins, d. h. chirurgisch behandelt werden betrachtet U. die folgenden.

I. Ekzema ani, scroti et vulvae inveteratum.

Es ist eine bekannte Thatsache, daß die an dem After und den Genitalien bei beiden Geschlechtern sich einnistenden Ekzeme hin und wieder eine Hartnäckigkeit

Digitized by Google

erlangen, welche einer jeden Behandlung spotten, wie wir sie bei genau denselben Affektionen an anderen Hautstellen mit Glück durchführen würden.

Diese Hartnäckigkeit ist teilweise auf den Sitz in der Nähe von Schleimhautöffnungen und deren Absonderungen zu schieben, teilweise auf ein der Konzentrierung von Nervenendapparaten entsprechendes, exorbitantes Jucken, so dafs das Kratzen und die Kratzeffekte die meisten Behandlungsarten illusorisch machen, teils endlich auf die schwierige Applikation aller Heilmittel an diesen Stellen. Durch gut angepafste, feuchte oder Salbenverbände, durch Ätzungen mit Karbolsäure und Sublimat, durch den Gebrauch von Kokain und besonders von Bähungen mit sehr heifsem Wasser wird man ja den meisten Ekzemen dieser Art beikommen können. Wenn jedoch unter der ausgesuchtesten Pflege in dieser Richtung die Ekzeme immer wieder Verschlimmerungen zeigen, die Haut allmählich durch immer stärkere Bindegewebs- und Epithelwucherung eine schwielige und warzige Beschaffenheit annimmt, das Jucken unerträglich, der Patient schlaflos wird und physisch und moralisch herunterkommt, so zögere man nicht, denselben zu chloroformieren oder lokal zu anästhesieren und mit dem breiten Brenner die ekzematösen Partien unter langsamer Führung desselben gehörig zu verschorfen, so dafs, wenn man nicht sofort die geeigneten Mittel ergriffe, eine Verbrennung 2. Grades resultieren würde. Noch ehe die Anästhesie vorüber ist, appliziere man sodann solche Medikamente, welche zugleich die Verbrennungswunde und das zu behandelnde Ekzem günstig zu beeinflussen imstande sind.

Als Verbandsformen dafür empfehlen sich feuchte Verbände und Pasten. Zu ersteren nehme man basisch reagierende und deshalb die Schmerzempfindlichkeit herabsetzende Flüssigkeiten, etwa 5 % Boraxlösung, mit oder ohne Zusatz von Kokain, das Linimentum Calcis mit Zusatz von 2 % Karbolsäure, oder 2 % Resorcinwasserumschläge. Als Paste empfiehlt U. vor allem seine weiche Zinkpaste mit Zusatz von 5 oder 10 % Jodoform:

℞ *Ol. Lini*
Aq. Calcis
Zinc. oxidat.
Cretae ää 25,0
Jodoform. 5,0—10,0
M.

Mit dieser einfachen Behandlung wird es einem häufig in 14 Tagen gelingen umschriebene Ekzeme dieser Hautstellen von monate- und jahrelanger Dauer definitiv zur Heilung zu bringen und damit aus Neurasthenikern gesunde und lebensfrohe Menschen zu machen.

II. Leukoplakia oris.

U. hat in früheren Jahren bei dieser Krankheit, sei sie, wie gewöhnlich, durch Syphilis und Rauchen erzeugt oder ausnahmsweise bei nichtsyphilitischen Rauchern aufgetreten, eine grofse Reihe von Versuchen mit den verschiedensten Medikamenten angestellt. Einige derselben ergaben allerdings bei konsequentem Gebrauche ziemlich befriedigende Resultate, vor allem: Chromsäure gegen die Placques, Höllenstein, Jodoform gegen die Rhagaden. In ganz leichten Fällen bewährte sich eine sehr andauernde Anwendung von Borax in Form von Mundbädern und zwar noch besser, als die neuerdings empfohlenen Pinselungen mit Perubalsam, obgleich auch diesen nicht aller Wert abzusprechen ist. Es ist selbstverständlich, wenn auch nicht allgemein bekannt, dafs alle diese Mittel nur bei strenger Enthaltsamkeit von Tabakgenufs wirken, und dafs anderseits eine allgemeine antisyphilitische Behandlung nie den geringsten Einflufs auf die Affektionen ausübt.

Digitized by Google

Dagegen räumt die Anwendung des Paquelins mit einemmale alle Schwierigkeiten aus dem Wege, welche die Lokalisation im Munde, die Notwendigkeit des Essens und Redens mit sich bringt. Es werden in der Chloroformnarkose — oder bei ganz umschriebenen Stellen nach ausgiebiger Kokainisierung — alle kranken Teile energisch mit dem breiten Brenner bestrichen; besonders notwendig erweist sich die energische Ausbrennung aller Rhagaden. Wo dickere Hornschwarten vorhanden sind, müssen sogar, nachdem die ersten Brandschorfe weggewischt sind, die nun von der dicken Hornschicht entblößten Stellen noch einmal gebrannt werden. Bei der Komplikation mit der sklerotischen Glossitis und allgemeiner Hypertrophie der Zungenschleimhaut, wie sie hin und wieder bei alter Syphilis vorkommen, ist dasselbe Verfahren, nur noch energischer anzuwenden; sodann wird die Schleimhaut mit 10 oder 20 % Kokainlösung an den verschorften Stellen eingepinselt.

Die Nachbehandlung besteht lediglich in Borax-Mundbädern, welche zugleich reinigend, antiseptisch, erweichend und schmerzstillend wirken. Sie werden in der Weise vorgenommen, daß der Patient etwa von folgender Lösung:

℞ *Borac* 8,0
Aq. dest.
Aq. Menth. ää 100,0
M. D. S.

einen Schluck in den Mund nimmt, denselben einige Minuten darin verweilen läßt, dann ausspuckt, um darauf wieder einen neuen in den Mund zu nehmen. Dies wird eine halbe Stunde fortgesetzt; darauf kommt eine höchstens 2stündige Pause und wieder ein ½stündiges Boraxmundbad. Während der notwendig werdenden nächtlichen Ruhepausen empfiehlt es sich, durch eine 2- oder 3 %ige Höllensteinlösung die wunden Stellen interkurrent mit einer künstlichen Decke zu überziehen, sobald die Brandschorfe sich losgestoßen haben. Bei Tage müssen dagegen die alkalischen Mundbäder einer neuen Verhärtung des Schleimhautepithels vorbeugen.

Übrigens überhornen die Substanzverluste wie alle von der reduzierenden Mundflüssigkeit umspülten Wunden überraschend schnell.

III. Angiomata oris etc.

Wenn es sich um die Beseitigung von oberflächlichen Feuermälern handelt, welche sich von der Haut aus auf die Schleimhaut der Mund-, Nasen- und Rachenhöhle erstrecken, erscheint heute der Paquelin auch noch unumgänglich zu sein. Bekanntlich sind hier die Naevi flammei nicht so ungefährlich wie auf der äußeren Haut, teils weil Blutungen sich leichter ereignen und sehr profus werden können, teils weil diese flachen Mäler in späterem Alter sich häufig in obturierende geschwulstartige Angiome umwandeln. Hier ist die Entfernung mit dem Messer geradezu gefährlich, und auch die galvanokaustische Obliteration der Gefäße kann zu bedenklichen Nachblutungen Anlaß geben. Ätzmittel, auch konzentrierte Karbolsäure und Eisenchlorid haben eine zu geringe Einwirkung, wenn sie nur aufgepinselt werden, und sind als Injektionen ebenfalls zu gefährlich. Dagegen ist nach vorheriger Kokainisierung die punktförmige Ustion mit dem nur eben glühenden Paquelin ebenso einfach wie wirksam und ungefährlich. Bei ausgedehnten Naevis geht man langsam zu Werk, von der Peripherie dem Zentrum sich schrittweise nähernd.

Alle anderen Affektionen, bei welchen heutzutage der Paquelin vielfach angewendet wird, lassen sich mit anderen Methoden wenigstens ebenso sicher und gut, wenn auch vielleicht nicht stets ebenso rasch zur Heilung bringen. Beim Lupus hat er den scharfen Löffel und die Skarifikationen, sodann Salicylsäure und Pyrogallol als Ätzmittel zu Konkurrenten. Bei alten warzigen Ekzemflecken und Lichenplaques

Digitized by Google

der Unterschenkel, sowie bei den Naevi flammei der äufseren Haut ist die Vidalsche Skarifikation dem Brenner sogar vorzuziehen, wenn man auf eine chemische Beeinflussung verzichtet hat. Beim Ulerythema centrifugum, dem sog. Lupus erythematosus, endlich hat der Paquelin neuerdings viel einfacheren und milderen Mitteln den Platz räumen müssen.

No. 11. Wir haben früher im pathologischen Laboratorium zu experimentellen Zwecken bei Kaninchen als bequemes **Enthaarungsmittel „Natronsulfhydrat"** benutzt, und zwar in starker Verdünnung mit warmem Wasser. Ich erlaube mir die Anfrage, ob das genannte Mittel sich zur Anwendung beim Menschen eignet resp. ob über seinen Gebrauch in geeigneten Fällen Erfahrungen vorliegen?

Dr. Leven in Elberfeld.

No. 12. Ich habe vor mehr als einem Dezennium konstitutionelle Syphilis durchgemacht, bin verheiratet, meine Frau ist vollkommen gesund. Ich bemerke seit einem Jahre in beiden Hohlhänden einige rötliche schuppende Papeln und möchte wissen, ob ich dabei ohne Gefahr für meine Patientinnen meine — hauptsächlich geburtshilfliche — Praxis ausüben kann. *Dr. K. in G.*

Bei der Redaktion eingegangene Litteratur:

Geyl. Over Zwangerschapsduur en de Momenten, die dezen beheerschen. S.-A. aus *Nederlandsch Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecology.*

— *Allongement aigu avec prolapsus du col utéris pendant la grossesse et l'accouchement.*

— *Quelques cas remarquables de la pratique obstétricale. Fausse grossesse; rétention du foetus mort.*

Stepp. Über innerliche Anwendung des Chloroforms. S.-A. aus *Münchener med. Wochenschr.* No. 8. 1889.

— Beitrag zur Beurteilung der nach heftigen Körpererschütterungen (bei Eisenbahnunfällen) auftretenden Störungen. S.-A. aus *Deutsche med. Wochenschr.* 1889. No. 4.

— Chromoform, ein Mittel gegen Keuchhusten. S.-A. aus *Deutsche. med. Wochenschr.* 1889. No. 31.

Abraham. The Etiology of Leprosy. A Criticien of Some Current Views. S.-A. aus *The Practitioner.*

— Leprosy. A Review of Some Facts and Figures. London, Shaw & Sons.

Fröhlich. *Äufsere Augenkrankheit.* S.-A.

Darier. *De la psorospermose folliculaire végétante.* 1889.

Atti della real regolamenti sulla prostituzione e profilassi della sifilide. 1889.

Brocq. *Pityriasis rubra.* 1884.

— *Traitement du chancre simple.* 1889.

Vidal. *De l'urticaire.* 1880.

— *Réfrigération local par le Chlorure de méthyle.* 1888.

Raymond. *Contribution à l'étude de la tuberculose cutanée.* 1886.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 10. 15. November 1889.

Ricord †.

Am 22. l. M. starb Philippe Ricord. Ein langes, thatenreiches Leben hat damit geendet, aber auch ein glückliches Leben, dessen Arbeit von Erfolgen gekrönt wurde, wie sie selten einem Sterblichen zu teil werden. Geliebt und geehrt von allen, die ihn kannten; gefeiert als Lehrer und Arzt; als Gelehrter und Forscher geschätzt durch länger als ein halbes Jahrhundert — genofs der glückliche Greis die Genugthuung, seine Schule heranwachsen zu sehen zu sich stets mehrendem Einflufs, und die, dafs die von ihm entdeckten Wahrheiten unbestrittenes Gemeingut aller Ärzte wurden. Eine schier unverwüstliche Gesundheit krönte das Gebäude, so dafs er noch in völliger geistiger und körperlicher Frische seine Triumphe geniefsen, die Ehren einheimsen konnte, die ihm dargebracht wurden.

Die Verfolgungen während der französischen Revolution hatten Ricords Vater veranlafst seine Heimat zu verlassen und sich in Nord-Amerika niederzulassen. Dort, in Baltimore, kam der junge Philippe im Jahre 1800 zur Welt. Er zeigte schon früh Anlage zu naturwissenschaftlicher Beobachtung und wurde darin von seinem älteren Bruder Jean-Baptiste unterwiesen. Durch einen Zufall, als Begleiter einer naturwissenschaftlichen Sammlung eines französischen Maecenes, kamen die beiden Brüder im Jahre 1820 nach Frankreich zurück und liefsen sich in Paris nieder. Philippe wurde der Custos der erwähnten Sammlung, und von dem dafür ausgesetzten kargen Gehalte, sowie vom Ertrage aus dem Unterrichte der englischen Sprache bestritt er seinen Lebensunterhalt, während er sich mit unermüdlichem Fleifse dem Studium der Medizin widmete. Sein anfangs freundlich gestaltetes Verhältnis zu Dupuytren, dessen Schüler er zunächst geworden, trübte sich, da Ricord sich des grofsen Chirurgen Gunst verscherzt hatte durch eine in amerikanischen Journalen gemachte bibliographische Entdeckung, die Dupuytren

Digitized by Google

die Priorität einer chirurgischen Operation nahm. Er wandte sich an den Antagonisten Lisfranc, von dem er mit offenen Armen aufgenommen wurde. Aus Dankbarkeit widmete er auch ihm sowie Wilhelm Didier seine 1826 verfochtene These.

Um sich die nötigen Mittel zu verschaffen, seinem wissenschaftlichen Streben zu genügen, ging Ricord als praktischer Arzt in die Provinz. Aber ein kleines Landstädtchen genügte nicht seiner Ambition, so sehr er auch das Vertrauen und die Zuneigung seiner Bewohner genofs. Er studierte eifrig weiter, und schon beim zweiten Konkurs gelang es ihm, im Jahre 1828 ins Bureau central zu kommen. 1831 erfolgte seine wirkliche Anstellung im Hôpital du Midi, wo er die Abteilung für Syphilis erhielt. Nun begann er die Reihe seiner Forschungen auf einem Gebiete, das wohl schon damals eifrig gepflegt wurde, das aber seit Hunters unglückseligen Impfungen zum Tummelplatz der widersinnigsten Anschauungen geworden war.

Gleich bei Beginn seiner Laufbahn hatte Ricord einen doppelten Kampf zu bestehen, einen gegen die sogenannte physiologische Schule, an deren Spitze Jourdan, Richoq de Brus, Desruelles standen, und die in den syphilitischen Erscheinungen nur die Symptome von Phlegmasie sahen, — einen zweiten gegen die Identisten, die ihr Lager im Hôpital St. Louis aufgeschlagen hatten. Der Sieg über die ersteren war leichter, gegen die zweiten mufsten die Resultate streng wissenschaftlicher Methoden ins Feld geführt werden, umsomehr als sich die damalig ersten Fachmänner unter den Identisten befanden: Cullerier der ältere, Lagneau, Cazenave, Devergie, Gibert, alle glaubten an die Identität des Virus der Blennorrhöe und der Syphilis. Auf Balfour, Tode, Benj. Bell aufbauend, gelangte Ricord 1838 dazu, durch seine Impfungen das blennorrhagische vom syphilitischen Gift streng zu sondern, und somit hat er auch der Identitätslehre den Todesstofs gegeben. Noch zwei andre Fragen blieben zu beantworten: gibt es zwei Sorten von venerischen Initialaffekten — und kann die Syphilis nur durch den Primäraffekt übertragen werden?

Zur Beantwortung der ersten Frage, ob das Kontagium des harten und des weichen Schankers dasselbe sei, führten Ricord auch seine Impfmethoden, und 1857 erklärte er sich für die durch Bassereau 1852 aufgestellte Dualitätslehre. Die Veröffentlichung seiner diesbezüglichen Untersuchungen übertrug er seinem hervorragendsten Schüler Alfred Fournier, dessen Name und Glück damit gemacht waren.

Betreffs der zweiten Frage stand Ricord lange auf dem Standpunkte, dafs der chancre primitif allein die Syphilis zu übertragen vermöge, und zur Stütze dieser seiner Ansicht verwendete er alle Mittel der Dialektik. Er teilte die Phasen der Syphilis in 3 Perioden und unterschied accidents

Digitized by Google

primitifs, secondaires et tertiaires; die beiden letzten seien immer die Folgen der ersten, und an sich nicht ansteckend. Als nun im Jahre 1859 der Académie de Médecine vom Minister die wichtige Frage vorgelegt worden war, ob durch sekundäre Symptome die Syphilis vom Säugling auf die Amme und umgekehrt übertragen werden könne, wurde eine Kommission zur Ausarbeitung dieser These gewählt, als deren Berichterstatter Gibert funktionierte. Gibert entledigte sich seiner Aufgabe in so glänzender Weise, dafs er der Kritik keine angreifbare Stelle offen liefs; er bewies die Übertragbarkeit. Zum grofsen Erstaunen und mit Bewunderung sah man nun Ricord vor den überwältigenden Argumenten Giberts sein Haupt beugen, die Beweisführung anerkennen und somit Ideen verlassen, die er seit 25 Jahren vertreten hatte. Ihm ging eben die Wahrheit über persönliche Empfindlichkeit, und, so wie er früher selbst durch gesammelte strikte Beweismittel überzeugt hatte, liefs er sich auch von andern überzeugen, wenn diese ebensolche, allen Anforderungen entsprechende Beweismittel vorbrachten.

Durch mehr als 30 Jahre war Ricord einer der gefeiertsten Lehrer; vom ganzen Erdball strömten ihm Schüler zu, so dafs sein Hörsaal bald zu klein wurde. Im Sommer hielt er deshalb oft seine Vorträge unter den Linden des Spitalgartens ab. Seine Vorlesungen zeichneten sich nicht nur durch Klarheit und Sachlichkeit, sondern auch durch die Schönheit der Rede selbst aus, und wurden um so anziehender, als sie von schöngeistigen Wendungen, von witzigen Einfällen und den Erlebnissen aus seiner Privatpraxis durchflochten waren. Und dieser Mann hatte es nie dahin bringen können, Professor zu werden, obwohl ihm, wie wenig andern, die Fähigkeit dazu eigen war. Im Jahre 1836 schon hatte er sich um die „agrégation“ beworben — er wurde abgelehnt und fand es unter seiner Würde noch einmal zu kompetieren.

So sehr in Ricord der Forscher und Lehrer verehrt wurde, ebenso sehr wurde in ihm der erfahrene, gewissenhafte und teilnehmende Arzt geschätzt. Im Spitale zeichnete er sich aus durch seine Menschenfreundlichkeit und Hingebung gegen die Kranken, die er seine enfants gâtés nannte. Seine Privatpraxis steigerte sich rasch zu solcher Höhe, dafs er sich bald nach seiner Ernennung veranlafst sah, seine kleine Wohnung in der rue de Vaugirard mit einem eleganten Hôtel in der rue de Tournon zu vertauschen, und dort verblieb er zeitlebens, bis sie ihn hinaustrugen auf den Père-lachaise und in kühler Gruft betteten.

Will man den Erzählungen Glauben schenken, so hätte Ricord fabelhafte Summen verdient und doch nur wenig hinterlassen. Ein auf grofsem Fufse geführter Haushalt, hauptsächlich aber sein Wohlthätigkeitssinn sollen viel vom Erworbenen verschlungen haben, denn keine Hand eines Hilfsbedürftigen schlofs sich ohne namhaftes Geschenk, und

Digitized by Google

jeder Not trachtete er nach Möglichkeit zu steuern. Er blieb unvermählt, und so konnte er schon zeitlebens die Güter verschenken, die er in solch reichlichem Maſse erwarb. Seine Freigebigkeit machte ihn alle Welt zum Freunde.

Aber auch durch seine Thatkraft, seinen männlichen Mut und seine Unermüdlichkeit zeichnete er sich aus, wenn es galt, sich für bedrängte Stadtgenossen einzusetzen. Noch während des letzten Krieges leistete er, der 71 Jährige, Groſses. Sein Alter vergessend, wurde er der Leiter der von der Pariser Presse errichteten Lazarette, besuchte die Schlachtfelder ohne Scheu vor den feindlichen Kugeln und bewies solche Proben von Tapferkeit und Todesverachtung, daſs er mit dem Groſsoffizierskreuze der Ehrenlegion ausgezeichnet wurde; neben diesem besaſs er noch die Orden fast aller Herrscher zivilisierter Nationen.

Trotz aller Ehrenbezeugungen und Auszeichnungen blieb er bis an sein Ende kollegial gegen seine Standesgenossen; Überhebung, Eigendünkel und Stolz waren ihm fremd. Nicht nur ein ausgezeichneter Mann der Wissenschaft, nicht nur ein vortrefflicher Arzt ist mit ihm geschieden, Paris verliert einen Wohlthäter der Armen, die Pariser Ärzte beweinen den Verlust eines biederen und aufrichtigen Kollegen, und so kam es, daſs, als er gestorben, alle Welt zusammenlief und trauerte: le bon Ricord est mort.

Wien am 29, Oktober 1889. Dr. H. v. Hebra.

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium in Hamburg.

Über Skrofuloderma.

Von

Dr. Leo Leistikow.

Mit dem Namen Skrofuloderma hat man von jeher durch eine skrofulöse Diathese bedingte Erkrankungen der Haut bezeichnen wollen. In Frankreich braucht man für diese Affektion neuerdings den Terminus „gommes scrofuleuses“, welcher zuerst von Desprès im Jahre 1874 gebraucht, von Besnier aber erst der dermatologischen Nomenklatur definitiv einverleibt wurde. Dort existierte von jeher eine groſse Vorliebe für die klinische Seite dieser Krankheit, wovon besonders Bazins umfang-

Digitized by Google

reiches Werk Zeugnis gibt. Der Name „Skrofuloderma“ ist dagegen in England und Amerika mehr im Gebrauch. Anderson glaubt, dafs diese Bezeichnung für jede Hautkrankheit skrofulöser Natur anwendbar sei. In unsern älteren deutschen Lehrbüchern, besonders in den chirurgischen, ist mehr der Name „Skrofulose der Haut“ gang und gäbe. In den dermatologischen deutschen Lehrbüchern der neueren Zeit wird diese jedoch meist sehr kurz behandelt. Kaposi versteht unter „Skrofulose der Haut“ eine von Lymphdrüsen und Perilymphangoitisknoten auf die Haut übergreifende Entzündung, deren Produkt geringe Neigung zur Organisation und grofse Tendenz zu käsigem Zerfall besitzt und zur Bildung von Geschwüren führt. Neisser rechnet das Skrofuloderma zu den chronischen Infektionskrankheiten der Haut und beschreibt dasselbe als ein subkutanes Granulom, welches allmählich Abhebungen der Haut von ihrer Unterlage bedingt, dann mit der darüber liegenden Cutis verschmilzt und nach Verdünnung dieser Hautdecke zur Entstehung typischer Ulcerationen führt. Neisser meint, es handle sich um eine Affektion Skrofulöser, nicht um eine skrofulöse Affektion. Ziegler bezeichnet das Skrofuloderma als eine Form der Hauttuberkulose, welche besonders bei allgemeiner chronischer Tuberkulose vorkomme. Unna sprach sich gelegentlich seiner Vorlesungen über Pathologie der Haut ausführlich über diese Erkrankung aus. Nach ihm kann man nach dem Verlaufe zwei Arten des Scrofuloderms unterscheiden, a. das von Tuberkulose andrer Organe, z. B. der Knochen, Gelenke etc. fortgeleitete und der Haut sekundär mitgeteilte Skrofuloderma, welches meist kalte Senkungsabscesse darstellt und gewöhnlich Fisteln mit schlaffen Rändern und weiten Unterminierungen bildet; b. das primäre Skrofuloderma, welches wieder in zwei Unterabteilungen zerfällt, je nachdem es α. sich an echten Lupus anschliefst, oder β. ohne vorhergehenden Lupus auftritt. Das Aussehen ist trotz dieser Verschiedenheiten überall das gleiche.

Besonders wichtig ist die sich an Lupus anschliefsende Form. Hier liegt die tuberkulöse Natur klar vor Augen. Haben wir z. B. einen Lupus der acke vor uns, welcher lange Zeit seinen gewöhnlichen Verlauf genommen hat, so sehen wir plötzlich den Prozefs an einem Punkte sich verändern; es schwillt hier die Haut ödematös an, nimmt eine blaurote, spezifisch venöse Färbung an, welche sonst nur bei einigen Formen von Lichen planus, einigen Sarkomen und Syphiliden vorkommt. Dem palpierenden Finger stellt sich diese Hautpartie als eine weich elastische, teigige und eindrückbare Geschwulst dar, welche auch hin und wieder eine Pseudofluktuation darbietet. Dabei fühlt sich die erkrankte Haut nicht besonders erwärmt an, ist vollständig indolent und trägt den Charakter venöser Stauung. Zu betonen ist die Leichtigkeit, mit welcher spontane Eiterung eintritt, besonders in differentialdiagnostischer Hinsicht

Digitized by Google

gegenüber dem Lupus. Wenn man das Gewebe incidiert und mit dem scharfen Löffel auskratzt, so ist es überraschend, wie leicht und vollständig die ganze schwammähnliche Masse sich entfernen läfst, ebenfalls im Gegensatz zum Lupus; danach bleibt dann eine glatte, aus gesundem Gewebe bestehende Wundhöhle übrig, welche der Heilung leicht zugänglich ist. Die Narbenbildung tritt daher bald nach der Operation ein, das Narbengewebe selbst ist erst von blauroter, später von normaler weifser Farbe, so dafs, wenn man dasselbe mit derjenigen Narbe vergleicht, welche nach einem gewöhnlichen Furunkel zurückbleibt, man kaum einen Unterschied finden kann.

Wir sehen also scharfe Differenzen zwischen Lupus und Skrofuloderma und dennoch ein Hervorgehen des letzterem aus ersterem.

Ganz ähnliche klinische Bilder gibt auch das von andern tuberkulösen Organen fortgeleitete Skrofuloderma, wie wir es z. B. im Anschlusse an eine Spina ventosa der Finger, an der Hand und am Arme sehen.

Aber auch ganz primär ohne Fortleitung und ohne vorhergehenden Lupus sehen wir ein Skrofuloderma entstehen. Zunächst tritt ein kleines subkutanes Knötchen auf, welches nach der Cutis zu wächst und sich dann spontan aber sehr langsam in einen Abscefs verwandelt.

Dieses spontane Abscedieren, die akute Eiterung des Skrofuloderma ist es nun, welche Unna auf den Gedanken brachte, dafs unsere Affektion nicht ein rein tuberkulöser, bei allgemeiner Tuberkulose spontan auftretender Prozefs sei, sondern eine lokale Mischinfektion, ein Prozefs, welcher durch das vereinigte Wirken des Tuberkelbacillus und der gewöhnlichen Eitererreger, der Staphylokokken, zu erklären wäre.

Je nach dem Überwiegen des einen oder des andern Krankheitserregers im Gewebe wird mehr die tuberkulöse oder die rein purulente Natur dieser Erkrankung überwiegen; oder auch die verschiedenen Formen, welche wir vorfinden, sind durch das temporäre Überwiegen der Wirkung eines der beiden Parasiten vor dem andern bedingt.

Das Tuberkelvirus gedeiht in den der Hyperämie leicht zugänglichen Organen am besten. Die Haut bildet, da sie normalerweise an den meisten Orten anämisch ist, überhaupt keine besonders günstigen Nährböden für dasselbe; am besten eignen sich noch normalerweise hyperämische Regionen, wie die Wangen, Nase, Ohren. Stets sehen wir ja auch dem sich ausbreitenden Lupus eine feine, hyperämische Randzone vorangehen. Findet der Tuberkelbacillus dagegen in seiner Umgebung nicht die Möglichkeit dauernder stärkerer Blutzufuhr, so kommt seine deletäre Wirkung zeitweilig zum Stillstand, er wird in trockene, käsige Massen eingekapselt. Daher die aufserordentliche Chronicität und das schubweise Vordringen der lupösen Prozesse. Dagegen erzeugen die Eiterkokken überall eine

Digitized by Google

starke Hyperämie und Extravasation, wo sie in normales Hautgewebe eindringen. In genügender Menge in die Lymphspalten gebracht, geben sie zu einer stets progredienten Eiterung Veranlassung.

Kommen nun aber die Eiterkokken als sekundäre Elemente auf einen bereits tuberkulisierten Boden, so finden sie ein schlecht ernährtes Gewebe, einen für ihre Entwickelung ungeeigneten Nährboden vor, welcher ihnen nicht gestattet, echt phlegmonöse Entzündungen zu erzeugen. Dadurch kommt es zu einer gummösen, geléeartigen Erweichung des Gewebes, zu einer Degeneration, welche die Mitte zwischen der trockenen Verkäsung des Tuberkels und der purulenten Erweichung hält. Man kann dieselbe recht wohl als eine „feuchte Verkäsung", besser aber noch nach dem Vorgange von Besnier als eine „gummöse Tuberkulisierung" der Haut bezeichnen.

So wird es auch verständlich, warum denn bei dieser Affektion das erkrankte Gewebe so leicht auszukratzen und zu entfernen ist, was ja bei der rein tuberkulösen lupösen Neubildung selbst mit energischer Paquelinisierung nie so vollkommen gelingt. Auch das Ausbleiben von Recidiven findet so seine Erklärung.

Die Eitererreger haben durch ihre erweichende Einwirkung auf die Hauttuberkel und das noch gesunde, sie einkapselnde Gewebe einen unsern Instrumenten und Medikamenten vorarbeitenden Einfluſs.

Dieses ist die Theorie Unnas von dem Skrofuloderma, die histologische und vor allem die bakteriologische Prüfung derselben wurde mir übertragen.

Zu diesem Zwecke konnte ich zwei Fälle aus dem Material der Unnaschen Klinik benutzen.

Fall I: Johanna A., 13 Jahre alt, leidet angeblich schon seit mehreren Jahren an fressender Flechte des Gesichtes, welche vor zwei Jahren in Dr. Unnas Klinik behandelt worden war. Die Eltern waren beide an Tuberkulose gestorben. Der Status bei der Aufnahme ergab starke lupöse Ausbreitung, auf beiden Wangen symmetrisch den gröſseren Teil derselben einnehmend und auf die Oberlippe übergreifend, welche enorm verdickt und aufgetrieben war. In der Mitte waren diese Flächen ulceriert und mit schmutzig gelben Borken bedeckt, die Ränder der infiltrierten Teile hingegen waren stark ödematös, dabei aufgeworfen, unterminiert und von livid blauroter Farbe, dabei aber scharf gegen die gesunde Haut abgegrenzt. — Die Diagnoee lautete auf Lupus exulcerans mit peripherem Skrofuloderma.

Fall II.: Maria A., 11 Jahre alt, Schwester der vorigen, ebenfalls seit einigen Jahren krank, zeigte bei der Aufnahme einen vom rechten Ohr nach dem Kinn hinunterziehenden 2—3 cm breiten Wulst blaurötlich schwammigen Gewebes. Dieser erhob sich einige Zentimeter über

Digitized by Google

die Haut, war stellenweise unterminiert und präsentierte an einzelnen Stellen mehrere mit Eiter erfüllte scharfrandige Ulcerationen, war im übrigen aber mit dünnen Eiterschichten bedeckt. Nach vorn, nach dem Jochbein zu, befand sich eine etwas weniger ulcerierte ebenso blaurötliche Partie, welche durch einen Narbenzug von der Hauptstelle abgegrenzt war. Die Konsistenz war schwammig. An der leicht gerötoten Haut des oberen Augenlids befand sich eine blaurote, scharf umschriebene, sich teigig anfühlende erbsengrofse Geschwulst. An der rechten Hand war der 4. Finger vollkommen aus seiner Richtung abgelenkt und nach auswärts gestellt durch Geschwürsmassen, welche stark eiterten und das betreffende Metakarpophalangealgelenk umlagerten. Das Gelenk schien vollkommen zerstört. Die Gebrauchsfähigkeit der Hand war ganz aufgehoben. Am rechten Oberarm fanden sich mehrere oberflächliche rötliche Geschwulstherde vor von ungefähr Markstückgröfse, welche mit aufgeworfenen Rändern versehen waren. In der betreffenden Achselhöhle befanden sich eingezogene Narben und geschwollene Lymphdrüsen. Die Diagnose lautete auf primäres Skrofuloderma.

Wenige Tage nach der Aufnahme unterzogen sich beide Patientinnen einer Operation.

Von Fall I. wurden kleine Stückchen des Gesichtsskrofulodermas exstirpiert, welche nach gründlicher Reinigung der Oberfläche mit Sublimatwasser schnell in steriler Watte aufbewahrt, dann von neuem in Sublimatwasser versenkt und wiederholt mit sterilisiertem Wasser in kleiner Glaskammer zur Entfernung des Sublimats ausgewaschen wurden. Hierauf wurden die Stückchen in sterilisiertem Uhrschälchen mit sterilen Instrumenten fein zerzupft, sodann in Kulturröhrchen mit verflüssigtem und bei Körpertemperatur gehaltenem sterilen Glycerinagar verteilt und gemischt. Von der Mischung wurden einige Verdünnungskulturen mit Nährgelatine angesetzt. Die Glycerinagarröhrchen wurden schräg gelegt.

Von Fall II. wurden Stückchen je vom Skrofuloderma des oberen Augenlids, des rechten Oberarms und des kranken Fingers entfernt und in entsprechender Weise Kulturen davon angesetzt. Was noch die Exstirpation des Knötchens vom oberen Augenlide anbetraf, so war ganz im gesunden Gewebe exstirpiert und eine Verletzung des Knötchens sorgsam vermieden worden. Nach Sublimatdesinfektion der Oberfläche und Entfernung des Sublimats in der angegebenen Weise wurde also das Knötchen von unten her mit sterilisiertem Messer eröffnet, mit einem zweiten Messer die Schnittfläche wiederum getrennt und aus der Tiefe des Knötchens wurden Gewebsstückchen herausgenommen.

Die Glycerinagarkulturen von Fall I. zeigten sich am dritten Tage durchsetzt von zahlreichen punktförmigen gelblichen Kolonien. Die Gelatineröhrchen waren durchaus fest geblieben und mit geringer Zahl

Digitized by Google

feinster gelblicher Kolonien mit vertieftem Rande (beginnende Verflüssigung) durchsetzt. Der mikroskopische Befund zeigte ausschliefslich die Kolonien bestehend aus in Haufen angeordneten Kokken, welche bei 2500facher Vergröfserung ½—1 μ Gröfse zeigten. Von diesen Kolonien wurden mit steriler Platinnadel Abimpfungen in starre Nährgelatine und gewöhnlichem Nähragar gemacht zur weiteren Kontrolle.

Die Kulturen von Fall II. mit Stückchen von nicht ulceriertem Skrofuloderma des oberen Augenlids zeigten am dritten Tage das nämliche Verhalten, wie die von Fall I., und die Abimpfungen geschahen auf dieselbe Weise. Die Kulturen mit Stückchen vom Skrofuloderma des Oberarms waren sämtlich steril geblieben, diejenigen mit Glycerinagar wurden in den d'ARSONVALschen Brütofen gesetzt, um event. in ihnen Tuberkelbacillen zu züchten. Von den Kulturen mit Stückchen vom Finger zeigten einige gar keine Vegetation, während andre mit allen möglichen Arten von Hyphomyzeten, Sprofspilzen und Bakterien versehen waren, welche offenbar auf accidentelle Keime zu beziehen waren.

In allen Agarstrichkulturen von Fall I. wie II (Skrofuloderma vom Augenlid) entwickelte sich ein orangegelber Belag entlang dem Strich; die Gelatinestichkulturen zeigten in den ersten Tagen erst gelbliche Verfärbung mit trichterförmiger Einziehung der Gelatine, später orangefarbene Wolken mit Verflüssigung derselben. Mikroskopisch bestanden wiederum die Kolonien lediglich aus den obigen Kokkenhaufen.

Die bakteriologische Diagnose lautete demnach auf Staphyloccocus aureus.

Die Kokken waren daher einerseits von ulcerierten Partien, aber anderseits bei durchaus unverletzter Oberfläche aus der Tiefe des Gewebes gewachsen, während die Zuverlässigkeit der Methode durch das Sterilbleiben mehrerer Kolonien vor andern benachbarten Partien aufser Frage gestellt war.

Es gelang also, damit sicher nachzuweisen, dafs die Eitererreger auch in der Tiefe des Gewebes vorhanden waren, ebenso wie sie an der Oberfläche der ulcerierten Partien gefunden wurden. Da sie aufserdem in einer grofsen Menge in Reinkulturen an diesen Orten vorhanden waren, so ergibt sich daraus eine hohe Wahrscheinlichkeit, dafs sie mit dem Krankheitsprozefs in näherer Beziehung stehen.

Die in den Brütofen gesetzten Glycerinagarkulturen blieben andauernd keimfrei, die erhoffte Tuberkelvegetation blieb aus.

Zum Zwecke des Nachweises der Tuberkelbacillen wurden Gewebsstückchen mit verdünnter Kalilauge bis zur Auflösung des Gewebes gekocht und unter Borax-Borsäurelösung sedimentiert. Das Sediment wurde mit Eiweifslösung gemischt und in feiner Schicht auf etwa hundert Objektträger ausgebreitet, getrocknet und teils mit Anilinwasser-Gentiana-

Digitized by Google

violett, teils mit Karbolfuchsin auf Tuberkelbacillen untersucht. Leider war das Resultat ganz negativ.

Ebenso gelang es nicht, bei einem Kaninchen durch Injektion einer feinsten Aufschwemmung von Gewebsstückchen in sterilem Wasser in die Ohrvene irgendwelche Krankheitserscheinungen hervorzurufen. Der Versuch ging von der Überlegung aus, dafs die vorhandenen Kokken in der Blutbahn unschädlich gemacht werden, wie das durch andre Versuche nachgewiesen ist, während den etwa vorhandenen Tuberkelbacillen Gelegenheit zur Ansiedelung in den Geweben gegeben wurde, wie das bei Kontrollexperimenten mit Injektionen reiner Tuberkelbacillenkulturen stattfindet. Aus der relativ geringen Menge des eingebrachten Infektionsmateriales läst sich der negative Erfolg des Experimentes zur Genüge erklären.

Bei der Untersuchung von Schnittpräparaten ergab sich das Vorkommen typischer Tuberkel mit massenhaften Riesen-, epitheloiden und Rundzellen, welche jedoch seltener im Papillarstratum, häufiger im retikulären Stratum gelegen waren. Die Rundzelleninfiltration aber war vorwiegend im Papillarkörper, in geringerem Mafse im subkutanen Gewebe vorhanden. Die Papillen waren stellenweise sehr stark von Rundzellen durchsetzt, welche auch in den tieferen Lagen der Stachelschicht in gröfster Menge vorhanden waren. Die durch das tuberkulös veränderte Gewebe ziehenden Gefäfse waren stark erweitert, hier und da ihr Endothel trübe und geschwollen, ihre Kerne schwächer gefärbt. Oft waren die Gefäfse von ausgebreiteten Hämorrhagien umgeben, an andern Stellen hatte sich das Gewebe in eine mehr homogene Masse verwandelt, welche teils aus farblosen, teils aus intensiv sich färbenden Körnchen bestand (käsige Metamorphose). Überall ohne bestimmte Anordnung fand man eine grofse Anzahl von Mastzellen. Das Grundgewebe der tuberkulösen Herde bestand zumeist aus fein retikulärem Bindegewebe, deren Nachbarschaft derbes, fibrilläres, an spindelförmigen Kernen reiches Bindegewebe aufwies. An einigen Tuberkeln von Saffranin- und Gentianaviolettpräparaten, welche in Flemming fixiert waren, konnte man Kernteilungsfiguren nachweisen.

Um die Gefäfse des Papillarstratums, eng an deren Verlauf sich anschliefsend, sah man zu länglichen Gruppen und unregelmäfsigen Haufen angesammelte Kokken von $^3/_4$ μ Gröfse. Mitunter fanden sie sich frei im Lumen eines Lymphgefäfses vor. An einzelnen Stellen reichten sie auch tiefer in die Infiltrationszone herab, wo ihre Anordnung um die Gefäfse weniger deutlich war. Dieser Befund von Kokken wurde nur an Schnitten von Fall I. erhoben, während der Nachweis derselben an Fall II. nicht mit Sicherheit gelang.

Nur an einem einzigen Schnittexemplar von Fall I. war es möglich, einen einzigen Tuberkelbacillus nachzuweisen.

Digitized by Google

Das Verfahren der Untersuchung war folgendes: Als Einbettungsmasse für die Gewebsstückchen wurde ausschliefslich Paraffin nach der von der zoologischen Station in Neapel angegebenen Methode angewandt. Die gehärteten Gewebsstückchen kamen direkt aus Alkohol in ein Gemisch von Chloroform und Paraffin 24 Stunden lang bei etwa 35° C. Dann wurden dieselben in eine Porzellanschale, welche flüssiges Paraffin (Wasserbad) enthielt, einige Stunden versenkt zur Vertreibung des Chloroforms, sodann eingebettet und nach genügendem Erstarren geschnitten. Die Schnitte kamen sofort in Terpentinöl und dann in absoluten Alkohol. Als einfachste Färbemethode, welche Tuberkelbacillen feurig rot, Protoplasma, Bindegewebe, Muskelfasern intensiv rot, Kerne blau, Mastkörner violett und Kokken dunkelblau färbt, fand ich folgende: Färbung 3 bis 8 Tage lang in Karbolfuchsin bei Zimmertemperatur, dann Entfärbung in salzsaurem und absolutem Alkohol, bis eine schwach rosarote Farbe resultiert, dann Nachfärbung in Löfflers Methylenblau 10 Minuten lang, Entfärbung in Alkohol, bis die Rosafarbe wieder zum Vorschein kommt, schliefslich Bergamottöl, Xylol, Kanadabalsam. Auch Karyokinesen waren bei dieser Methode sichtbar.

Aus unsern Befunden ergibt sich die Schlufsfolgerung das Skrofuloderma als eine Erkrankung aufzufassen, welche durch die Symbiose des Staphylococcus pyogenes aureus und des Bacillus tuberculosis bedingt ist. Allerdings sind meine dafür sprechenden Befunde nur sehr wenig zahlreich, dafür scheinen sie mir aber durchaus eindeutig zu sein und für die Berechtigung der aus klinischen Gründen aufgestellten Theorie Unnas zu sprechen. Allerdings müssen noch weitere Untersuchungen, besonders die Bestätigung reichlicherer Ansammlung von Staphylokokken in der Umgebung der in nächster Nähe der Tuberkel gelegenen Gefäfse zur Stütze derselben beigebracht werden. Wir glauben, dafs besonders in den früheren Stadien des Prozesses der Nachweis beider Krankheitserreger leichter zu führen sein wird.

Es erübrigt auch noch die experimentelle Erzeugung des Skrofulodermagewebes durch Einimpfung des Eiterorganismus auf lupöser Neubildung, wodurch die Genese des Skrofulodermas als Mischinfektion zu einer absolut sichern Thatsache erhoben sein würde. Versuche, welche wir mit Einimpfung des Aureus auf der Haut über tuberkulösen Drüsen anstellten, führten zu einem total eiterigen Zerfall der letzteren. Mikroskopisch und bakteriologisch liefsen sich in dem Drüseneiter die Staphylokokken als Reinkultur wieder nachweisen.

Zum Schlusse spreche ich Herrn Dr. Unna, dem Vorstande des Laboratoriums, sowie Herrn Dr. von Sehlen, dem Leiter der bakteriologischen Abteilung desselben, für ihre thatkräftige Unterstützung meinen herzlichsten Dank aus.

Digitized by Google

Bericht
über die Leistungen auf dem Gebiete der Veterinär-Dermatologie in den letzten Jahren.

Von

Dr. Georg Müller,
Professor in Dresden.

I. Erythema simplex und Dermatitis erythematosa. (Durch äufsere Reize verschiedener Art, vielleicht auch durch toxische Stoffe im Futter, welche auf hämatogenem Wege in die Haut gelangen, hervorgerufene Hyperämie bezw. mäfsige Entzündung des Coriums in seinen obersten Schichten.)

Litteratur (besonders des sogenannten Buchweizenausschlages) seit 1868:

1. Die Lehrbücher der spez. Pathologie von Röll (1885); Dieckerhoff (1888); Friedberger und Fröhner (1889); Haubner-Siedamgrotzky (1889).

2. May, *Krankheiten des Schafes.* 1868.

3. *Preufsische Mitteilungen.* VII. pag. 48 und XVI. pag. 176.

4. Haubner, *Gesundheitspflege der landwirtschaftlichen Haussäugetiere.* 1872. pag. 335.

5. Dammann, *Gesundheitspflege der Haussäugetiere.* 1883. pag. 411.

6. G. Müller, *Monatsh. f. prakt. Dermat.* VI. 1887. No. 23.

7. Boisse, *Lyon. Journal.* 1887. pag. 156.

II. Ekzem. (Durch äufsere Reize, möglicherweise auch durch spezifische Mikroorganismen oder durch toxische Substanzen, welche letztere auf hämatogenem Wege nach der Haut gelangen, entstehende Hautentzündung, die in ihren verschiedenen Entwickelungsstufen zur Rötung, Schwellung, Knötchen-, Bläschen-, Pustel-, Borken- und Schuppenbildung führt und häufig mit mehr oder weniger ausgesprochenem Juckreiz verbunden ist.)

Deutsche Benennungen für Ekzem:

a. des Hundes: Fetträude, Sommerräude, fressende Flechte, Schupenflechte, Fettflechte;

b. des Pferdes: Schwindflechten, Hitzknötchen, Sommerausschlag (papulöses Ekzem, namentlich während der Zeit des Haarwechsels an Hals, Kruppe etc. auftretend); Hungerräude, Kleienflechte, Schuppenflechte (an Kopf, Mähnengrund, Schweifwurzel etc. lokalisiertes squamöses Ekzem); Mähnengrind, Schweifgrind, Weichselzopf (am Kamm und am Schweif sich abspielendes vesikuläres und pustulöses Ekzem); Mauke, Schmutzmauke, Schrundenmauke (vesikuläres Ekzem in der Beugeseite des Fessels); Raspe

Digitized by Google

(chronisches squamöses Ekzem in der Beugeseite des Karpal- und Tarsal gelenkes);

c. des Rindes: Schlempemauke, Fufsmauke, Fufsgrind (in mannigfachen Formen auftretendes Ekzem, welches sich in der Hauptsache an den Fufsenden abspielt und wohl durch verschiedene giftige Stoffe in der Kartoffelschlempe hervorgerufen wird); Schmutzmauke, Kleienflechte, Schuppenflechte (identisch mit den gleichbenannten Dermatosen des Pferdes);

d. des Schafes: Schwindflechte, falsche Krätze (am Halse entstehendes papulöses Ekzem); Maulgrind, Maulräude (bei Lämmern in der Umgebung des Halses auftretendes zirkumskriptes Ekzema vesiculare); Regenfäule, nasse Räude (bei Weideschafen infolge anhaltenden Regens sich auf der Haut des Rückens, Halses etc. etablierendes einfaches Ekzem);

e. des Schweines: Russ, Pechräude (Ekzema pustulosum und impetiginosum der Ferkel).

Litteratur des Ekzems im allgemeinen seit 1858:

1. Die Lehrbücher der spez. Pathologie von Hering (1858); Röll (1885); Dieckerhoff (1888); Friedberger und Fröhner (1889); Haubner-Siedamgrotzky (1889).

2. Kochs *Encyklopädie der Tierheilkunde.* Bd. 4. 1887.

3. G. Müller, *Monatshefte f. prakt. Dermat.* Bd. VI. 1887. No. 23.

4. Zürn-Plaut, *Pflanzliche Parasiten.* 1889. Bd. 2.

Litteratur des Ekzems des Hundes seit 1865:

1. Die oben genannten Lehrbücher der speziellen Pathologie.

2. Hertwig, *Die Krankheiten des Hundes.* 1880.

3. Unterberger, *Repertorium für Tierheilkunde.* 1865. pag. 118.

4. G. Müller, *Deutsche Zeitschr. f. Tiermedizin.* 1880. pag. 120.

5. Rabe, *Adams Wochenschrift.* 1887. pag. 73.

6. Albrecht, *Repertorium f. Tierheilkunde.* 1888. 3. pag. 166.

7. Schadrin, *Charkower Veterinärbote.* 1886 (empfiehlt Resorcin gegen akutes und Naphthol gegen chronisches Ekzem).

8. Küffner, *Clin. vet.* IX. 1886. pag. 121 (wendete gegen Ekzema impetiginosum mit gutem Erfolge Resorcin in Salbenform, 2 Resorcin und 1 Butyr. recens, an).

9. Nunn, *The vet. journ.* vol. XXIV. 1887. pag. 317 (empfiehlt gegen Ekzem eine Salbe aus 1 Eucalyptusöl, 1 Jodoform und 8—10 Vaselin).

10. G. Müller, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1887. pag. 18 (empfiehlt gegen inveterierte Ekzeme Ammonium sulfo-ichthyolicum sowohl äufserlich [1 Ammon. sulfo-ichthyol, 5—7 Aq. calcis, 5—7 Ol. olivar.] als innerlich [täglich zweimal 0,2—0,5 in Pillenform]).

11. Walther, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1888. pag. 83 (wendete in 3 Fällen eines ziemlich hochgradigen pustulösen Ekzems Natrium sulfo-ichthyolicum in Salbenform mit gutem Erfolge an).

12. G. Müller, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1888. pag. 26 (hat gefunden, dafs Thiol genau so gute Wirkungen entfaltet wie Ichthyol, und dafs gegen nässende chronische Ekzeme Sozojodolquecksilber in Form von 2 %igen Salben

Digitized by Google

geradezu überraschend günstige Resultate herbeiführt. Die mit 2 %igen Sozojodolquecksilber-Lanolinsalben täglich einigemal bestrichenen nässenden Ekzemflächen trockneten schnell ab, die Schwellung ging schneller als nach andern Mitteln zurück, die Hornschicht regenerierte sich und die Haut wurde völlig zur Norm zurückgeführt. So war der Erfolg meist. In der Minderzahl der Fälle ging das nässende Ekzem durch die Behandlung mit Sozojodolquecksilber schnell ins Stadium squamosum über. Der giftigen Wirkung des genannten Mittels halber empfiehlt es sich, durch entsprechend konstruierte Maulkörbe das Ablecken unmöglich zu machen).

Litteratur des Ekzems des Pferdes seit 1853:

1. Die Lehrbücher der spez. Pathologie von Hering, Röll, Friedberger und Fröhner, Haubner-Siedamgrotzky, Dieckerhoff etc.

2. Zürn-Plaut, *Pflanzliche Parasiten.* 1889.

3. Straub, *Repertorium f. Tierheilkunde* 1853. pag 213.

4. Haselbach, *Zeitschr. f. Mikroskopie und Fleischbeschau.* 1884. pag. 230.

5. Prietsch, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1884. pag. 94.

6. Popow, *Kasaner Mitteilungen.* 1885.

7. Röll, *Rölls Bericht.* 1887. pag. 113 (sah in Kärnten bei zahlreichen Pferden und Rindern die Mauke dadurch entstehen, dafs die Tiere auf mit Thau benäfste Weiden getrieben wurden).

8. *Fühlings landwirtschaftliche Zeitung.* 1887. pag. 55 (gibt an, dafs die Heilung der Mauke am schnellsten dadurch bewirkt werden könne, dafs man die Pferde bis über die Fesseln in Torfmull stellt).

9. von Nathusius Königsborn, *Landwirtschaftl. Zeitschr. der Provinz Sachsen.* 1887. pag. 5 (glaubt, dafs lediglich Milben [Symbiotes equi Gerlach] die Ursache der Mauke seien).

10. Prietsch, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1887. pag. 61 (beobachtete bei einem Pferde ein universelles Ekzem, charakterisiert durch Auffahren von unzähligen, flachen, erbsengrofsen, namentlich an der Innenfläche der Hinterschenkel gehäuften Knötchen, welche sich schnell zu Bläschen umwandelten, dann barsten und dicke, festsitzende Schorfe hinterliefsen).

11. Jewsejenko, *Petersburger Archiv f. Veterinärmedizin.* 1888 (empfiehlt zur Heilung der chronischen geschwürigen Mauke [Paronychia ulcerosa chronica] Bepinselungen mit reiner Jodtinktur und nachfolgende Applikationen von Kompressen mit einer schwachen Lösung von Natriumbikarbonat und glaubt es mit einem Kontagium zu thun zu haben, welches durch Jod getötet wird. Aus diesem Grunde schlägt er auch eine Desinfektion der Stände und der Streu mittels Jodlösung, 30 Tropfen Tinct. Jodi auf 1 Glas Wasser, vor).

Litteratur des Ekzems des Rindes (speziell der Schlempemauke) seit 1870:

1. Die Lehrbücher der spez. Pathologie von Hering, Röll, Friedberger und Fröhner, Haubner-Siedamgrotzky, etc.

2. Zürn-Plaut, *Pflanzliche Parasiten.* 1889.

3. Johne, *Sächsischer Jahresbericht.* 1877. pag. 148.

4. Derselbe, *Berliner Archiv.* 1879. pag. 220.

5. Rabe, *Fühlings landwirtschaftl. Zeitung.* 1875. pag. 179.

6. Derselbe, *Hannoverscher Jahresbericht.* 1875. pag. 80.

7. Derselbe, *Deutsche Zeitschr. f. Tiermedizin.* 1879. pag. 284.

8. Heiss, *Adams Wochenschrift.* 1885. pag. 345.

9. Eggeling, *Berliner Archiv.* 1885. pag. 303.

Digitized by Google

10. Baransky, *Kochs Revue.* 1886. No. 5 und 6.

11. Henninger, *Badische Mitteilungen.* 1886. No. 24 (beschreibt einen angeblichen Fall der Übertragung von Schlempemauke von Rind auf Mensch).

12. Wegener, *Berliner Archiv.* 1886. pag. 292 (sah den Maukeausschlag verschwinden, sobald den betreffenden Tieren die Schlempe entzogen wurde).

13. Bolle, *Berliner Archiv.* 1886. pag. 295 (wendete Naphthalin in Form des Streupulvers mit vorzüglichem Erfolge an).

14. Bräutigam, *Deutsche landwirtschaftl. Presse.* 1887. No. 16 (stellt sich betreffs der Ätiologie der Schlempemauke auf den Standpunkt Zürns und nimmt an, dafs sie mykotischer Natur sei. Er fand nämlich sowohl in dem Ekzembläschen, als in den Faeces der erkrankten Tiere einen und denselben Mikrokokkus, welcher, Kaninchen und weifsen Mäusen subkutan injiziert, Hautentzündung und Abscesse hervorrief. Der Zusatz von kleinen Mengen Karbolsäure zum täglichen Schlempequantum schien vorbeugend und heilsam gewirkt zu haben).

15. Baranski, *Repertorium f. Tierheilkunde.* 1888. Heft 3 (ist mit Johne der Ansicht, dafs die Ursache der Schlempemauke in gewissen schädlichen Bestandteilen der Kartoffeln liege, nicht in den in der Schlempe entstandenen Pilzen etc. Durch Reinigen der kranken Füfse mit lauwarmem Seifenwasser, durch Bestreichen der schmerzhaften Stellen mit mildem Öl und durch Bewegung im Freien werde die Heilung am schnellsten bewirkt werden können).

16. Moebius, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1888. pag. 73 (sah vier Kühe nach Verfütterung von rohen und zum Teil faulen Kartoffeln so heftig an Schlempemauke unter gleichzeitigem starken Durchfall erkranken, dafs zwei davon starben und eine notgeschlachtet werden mufste).

Litteratur des Ekzems des Schafes seit 1868:

1. Die früher genannten Lehrbücher der spez. Pathologie.
2. May, *Die inneren und äufseren Krankheiten des Schafes.* 1868.

Litteratur des Ekzems des Schweines seit 1842:

1. Die Lehrbücher der spez. Pathologie.
2. Spinola, *Krankheiten der Schweine.* 1842.
3. Fünfstück, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1863. pag. 85.
4. Ulrichs, *Adams Wochenschr.* 1870. pag. 309.
5. Zschokke, *Schweizer Archiv.* 1888. pag. 72 (beschreibt unter dem Namen „Schrotausschlag" einen in der Schweiz nicht selten vorkommenden Bläschenausschlag des Schweines, welcher durch gruppenweises Auffahren von violetten bis bleigrauen Bläschen, welche meist die ganze Dicke der Cutis einnehmen und eine gewisse Ähnlichkeit mit unter der Haut sitzenden Schrotkörnern haben, charakterisiert ist. Als Ursache ist ein Mikrokokkus von reichlich 0,001 mm Durchmesser zu betrachten, welcher sich in der nächsten Umgebung und im Inhalt der Bläschen in ungeheuren Mengen vorfindet).

III. Urticaria. (Herdförmig auftretende akute Dermatitis, charakterisiert durch stärkere Füllung der Gefäfse und seröse Durchtränkung des Coriums und des Corpus papillare und veranlafst durch Innervationsstörungen der vasomotorischen Nerven der Hautgefäfse.)

Litteratur der Urticaria des Pferdes und Rindes seit 1864:

1. Die Lehrbücher der spez. Pathologie von Röll, Dieckerhoff, Friedberger und Fröhner, Haubner-Siedamgrotzky etc.

Digitized by Google

2. Wiener klinischer Bericht, *Österr. Vierteljahresschr.* 1864, 1867, 1876, 1877.
3. Schleg, Weber, Lippold, Ackermann, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1869, 1871, 1876.
4. Porguier, *Recueil de méd. vét.* 1877.
5. Zipperlen, *Repertorium f. Tierheilkunde.* 1880. pag. 185.
6. Zürn-Plaut, *Pflanzliche Parasiten.* 1889. pag. 250.

Litteratur der Urticaria des Schweines seit 1870:
1. Berg, *Repertorium f. Tierheilkunde.* 1872. pag. 162.
2. v. Niederhäusern, *Pützsche Zeitschr.* 1876. pag. 131.
3. Utz, *Badische tierärztliche Mitteilungen.* 1883. pag. 54.
4. Göttelmann, *Zündels Jahresbericht.* 1883. pag. 83.
5. Eggeling, *Deutsche Zeitschr. f. Tiermedizin.* 1884. pag. 234.
6. Lehnert, Peschel, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1887. pag. 60.

Aufserdem die Lehrbücher der spez. Pathologie.

IV. Blutschwitzen. (Spontane, vielleicht auf einer lokalen vasomotorischen Neurose beruhende Blutung an einzelnen Stellen der Haut edler, besonders orientalischer Pferde, namentlich an der Schulter, doch auch am Halse, an der Brust und an den Extremitäten.)

Litteratur seit 1860:
1. Richard, *Recueil de méd. vét.* 1860.
2. Kopp, *Adams Wochenschrift.* 1861. pag. 18.
3. Coulom, *Journal du Midi.* 1862.
4. Hucque, *Annales de Bruxelles.* 1862.
5. Rossberg, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1863. pag. 82.
6. Salle, *Recueil de méd. vét.* 1867.
7. Alemanni, *Il med. vet.* 1868.
8. Contamine, *Annales de Bruxelles.* 1874.
9. Jehlin, *Badische tierärztl. Mitteilungen.* 1878. pag. 90.
10. Dieckerhoff, *Spez. Pathologie.* 1888. pag. 896.
11. Haubner-Siedamgrotzky, *Landwirtschaftl. Tierheilkunde.* 1889. pag. 299.
12. Friedberger und Fröhner, *Spez. Pathologie.* 1889. pag. 573.

V. Pemphigus. (Bullöse Dermatitis, die in der Regel mit höchst intensivem Juckreiz einhergeht und zur Bildung von wallnufs- bis handtellergrofsen flachen oder wenig erhabenen, mit wasserheller Flüssigkeit gefüllten Blasen auf der intakten oder höher gerötеten Haut führt. Ursachen noch völlig unbekannt.)

Litteratur seit 1852:
1. Seaman, *The Veterinarian.* 1852 (bei einem Ochsen).
2. Loiset, *Journal de Lyon.* 1858 (bei Rindern).
3. Dieckerhoff, *Spez. Pathologie.* 1888. pag. 910 (konnte das Leiden in den letzten Jahren bei 5 Pferden beobachten).
4. Friedberger und Fröhner, *Spez. Pathologie.* 1889. pag. 569.

VI. Alopecie. (Abnormes Ausfallen des Deckhaares auf umschriebenen oder gröfseren Hautabschnitten, veranlafst vielleicht durch gewisse Ernährungsstörungen der Haut mit Atrophie der Haarwurzel, viel-

Digitized by Google

leicht auch durch pflanzliche Parasiten von bis jetzt noch unbekannter Natur.)

Litteratur seit 1860:

1. Die Lehrbücher der spez. Pathologie von Röll, Haubner-Siedamgrotzky, Friedberger und Fröhner, Dieckerhoff etc.

2. Bourgeois, *Journal du Midi.* 1863.

3. Siedamgrotzky, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1871. pag. 88. und 1879. pag. 82.

4. Prietsch, Daselbst 1875. pag. 113.

5. Mégnin, aus *Österr. Revue.* 1878. pag. 68.

6. Werner, *Berliner Archiv.* 1885. pag. 304.

7. Fomin, *Petersburger Archiv f. Veterinärmedizin.* 1886 (beobachtete bei den Pferden eines Regiments eine nicht parasitäre Alopecie, welche im Winter auftrat, im Frühjahr verschwand, nahezu die Hälfte der Regimentspferde heimsuchte und vermutlich durch Fütterung mit schlechtem, saurem Heu veranlafst worden war. Die angewendeten Medikamente erwiesen sich als nutzlos).

8. André, *Bull. belg.* IV. 1. 1887 (beschreibt eine bei Pferden periodisch auftretende, anscheinend vererbungsfähige Hauterkrankung, welche, ohne Juckreiz verlaufend, füglich zum völligen Ausfall der Haare, namentlich an den unteren Teilen des Körpers führte und wahrscheinlich in einer Hypersekretion der Hautdrüsen mit nachfolgendem Zerfall der Haarzwiebeln ihre Ursache hatte).

9. Schindelka, *Österr. Zeitschr. f. wissenschaftl. Veterinärmedizin.* I. 1887. pag. 247 (bespricht in einem längeren Artikel die in der Humanmedizin zur Zeit herrschenden divergenten Anschauungen über die Alopecia areata und nimmt Gelegenheit, einen von ihm beim Pferde beobachteten Fall genau zu beschreiben. Er ist der Meinung, dafs die parasitäre Natur des Leidens völlig ausgeschlossen werden müsse, da es weder gelungen sei, Mikroorganismen in der Haut, den Haarbälgen und den Haaren nachzuweisen, noch die Krankheit auf andre Pferde zu übertragen).

VII. Favus, Erbgrind, Wabengrind. (Durch Achorion Schönleinii hervorgerufene Hauterkrankung, welche bei Hunden, Katzen, Kaninchen, Mäusen, Hühnern, sehr selten Pferden an besonders bevorzugten Körperstellen [Stirn, Nasenrücken, Grund der Ohren etc. bei Säugetieren, Kamm, Kehllappen etc. bei Hühnern] auftritt und von diesen Tieren auf Menschen übertragen werden kann. Der Pilz bildet wie bei Menschen Scutula und dringt in die Haarfollikel, Federsäcke, schliefslich in die Haare und zwischen die Epidermislagen hinein.)

Litteratur seit 1870:

1. Die früher genannten Lehrbücher der speziellen Pathologie.

2. Zürn-Plaut, *Pflanzliche Parasiten.* 1889.

3. Siedamgrotzky, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1872. pag. 80 und 1874. pag. 63.

4. Rivolta, *Dei parasiti vegetali.* 1873.

5. Bouillot, *Annales de Bruxelles.* 1873.

6. Zürn, *Die Krankheiten des Hausgeflügels.* 1882. pag. 135.

7. Pauly, *Deutsche Zeitschr. f. Tiermedizin.* 1883. pag. 302.

8. Schütz, *Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes.* 1884. Bd. II.

9. Neumann, *Annal. belg.* 1886. pag. 340.

Digitized by Google

10. Kowalewski, *Petersburger Archiv f. Veterin.* 1887 (hatte Gelegenheit, im Taurischen Gouvernement bei einer grofsen Anzahl von Schafen ein und derselben Herde einen Ausschlag am Kopfe zu beobachten, der mit Bildung von grauweifsen oder graugelben Krusten einherging, nach deren Abnahme eine nässende hyperämische Stelle resultierte. Die Krusten hatten eine Muldenform und bestanden aus Epidermiszellen, Körnchen und zahlreichen Pilzmycelien, Conidien und Sporen. K. hielt den Ausschlag für Favus, konnte ihn indessen auf Hunde nicht übertragen).

VIII. Herpes tonsurans, Ringflechte, Borkenflechte, Glatzflechte, Teigmaul, Teiggrind etc. (Bei Rindern, Hunden, seltener Pferden, Ziegen, Katzen, sehr selten Schafen und Schweinen entstehende, von Tier auf Tier und auf den Menschen übertragbare, durch Wucherung des vorwiegend in den Haarbälgen und im Haare selbst vegetierenden Trichophyton tonsurans veranlafste Hautaffektion, welche sich an scharf begrenzten Stellen meist das Kopfes und Halses abspielt.)

Litteratur (seit 1870):

1. Die Lehrbücher der spez. Pathologie.
2. Hertwig, *Die Krankheiten des Hundes.* 1880.
3. Zürn-Plaut, *Pflanzliche Parasiten.* 1889.
4. Friedberger, *Berliner Archiv.* 1876.
5. Siedamgrotzky, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1877. pag. 65.
6. Hable, *Österr. Vierteljahresschr.* 1877. pag. 58.
7. Mégnin, *Österr. Revue.* 1877. pag. 65.
8. Grosswendt, Ebendaselbst. 1879. pag. 89.
9. Bayer, *Österr. Vereinsmonatsschrift.* 1879. pag. 162.
10. Bräuer, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1879. pag. 139.
11. Haarstick, Schmidt, *Preufs. Mitteilungen.* 1879 und 1881.
12. Skale, *Österr. Vereinsmonatsschrift.* 1883. pag 73.
13. Cöster, Schmidt, *Preufs. Mitteilungen.* 1883.
14. Schneider, Menges, *Zündels Jahresbericht.* 1885.
15. G. Müller, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1885.
16. Boczkowski, *Przeglad veterijnarski.* Lwow 1886. No. 7—10.
17. Delamotte und Bogencz, *Revue vétérin.* 1886. pag. 267.
18. Macorps, *Bull. belg.* III. 1886.
19. G. Müller, *Monatsh. f. prakt. Dermat.* VI. 1887.
20. Röbert, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1886. pag. 109 (sah Herpes tonsurans bei 4 Kühen in so grofser Ausdehnung auftreten, dafs die am Halse, in den Flanken und am Schwanze befindlichen Flecke konfluierten und die Haare völlig ausfielen. Die gesamte, aus 9 Köpfen bestehende Familie des betreffenden Tierbesitzers war angesteckt worden, doch konnte der Ausschlag [auch bei den Kühen] durch Teerseifewaschungen völlig beseitigt werden).
21. Boucher et Mégnin, *Annal. belg.* 1887. pag. 525 (beobachteten bei Kälbern einen durch Trichophyton epilans [nicht Tr. tonsurans!] hervorgerufenen, langwierigen Hautausschlag, welcher an verschiedenen beschränkten Körperstellen sich abspielte. Es entstanden rundliche bis Einfrankstück grofse Flecke, welche mit dicken, rissigen, trockenen Borken bedeckt waren. Durch Berührung mit den erkrankten Kälbern wurde der Ausschlag schnell auf Menschen übertragen und lokalisierte sich bei diesen besonders an der dorsalen Seite der Hand und des Vorarmes, dort unter

Digitized by Google

den Symptomen des Herpes circinatus verlaufend. Trichophyton epilans vegetiert auf der Haut, in den Haartaschen und Haarscheiden, verursacht Ausfallen, nicht Abbrechen der Haare und führt zunächst zu Bläschen-, dann zu Schorfbildung).

22. Hengst, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1887. pag. 69 (heilte Herpes des Rindes mit Tinctura Jodi und Spiritus aa p. aeq.).

23. Vidal, *Revue vétérin.* 1888. pag. 299 (beschreibt einen Fall von Übertragung von Herpes tonsurans des Kalbes auf den Menschen).

24. Beresow, *Charkower Veterinärbote.* 1888 (konstatierte drei Epizootien von Herpes tonsurans, und zwar 1884 die ersten beiden unter Pferden und Rindern des Samarschen Gouvernements, 1888 die dritte bei Pferden des Saratowschen Gouvernements. Diese dritte Epizootie ergriff 43 Pferde und äufserte sich in die Hauptsache dadurch, dafs am Kopfe, Halse und Rücken, seltener an Schultern, Hüften, am Bauche und an der Brust circa handgrofse, haarlose, mit trockenen Schuppen oder Krusten bedeckte Stellen auftraten. Die Kur bestand in Applikation von Salben aus Schmierseife, Teer, Karbolsäure und Naphtholöl und wurde mit Waschungen mit 0,5 % Sublimatsolution beendigt).

25. Haslam, *The vet. Journ.* 1888 (beschreibt eine in Indien unter dem Namen „Khoojlee" bekannte Hautaffektion der Pferde und gibt an, dafs er in allen Fällen in den erkrankten Hautstellen einen Pilz gefunden und gezüchtet habe, den er für identisch mit Trichophyton tonsurans hält. Als bestes Mittel bewährte sich Goapulver).

26. Walther, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1888. pag. 84 (empfiehlt Natrium sulfoichthyolicum in Salbenform gegen Herpes der Hunde und Pferde).

IX. Stomatitis pustulosa contagiosa. (Sehr ansteckendes pustulöses Exanthem, welches sich bei Pferden auf der Maulschleimhaut, nach Befinden auch auf der Nasenschleimhaut und der Cutis in der Umgebung des Maules abspielt und durch Überimpfen auch auf Hunde, Schafe, Schweine, Hühner und Menschen übertragbar ist.

Litteratur seit 1870:

1. Die Lehrbücher der speziellen Pathologie von Röll, Friedberger und Fröhner, Haubner-Siedamgrotzky, Diecekerhoff etc.

2. Zürn-Plaut, *Pflanzl. Parasiten.* 1889. pag. 626.

3. Sondermann, *Adams Wochenschrift.* 1874. pag. 353.

4. Immelmann, Eggeling etc., *Preuss. Mitteilungen.* 1878. pag. 52.

5. Eggeling und Ellenberger, *Berliner Archiv.* 1878. pag. 334.

6. Friedberger, *Deutsche Zeitschrift für Tiermedizin.* 1879. pag. 265, und *Münchener Jahresbericht.* 1882. pag. 66.

7. Polansky, *Österr. Vereinsmonatsschrift.* 1886. pag. 87.

8. Moebius, *Archiv für Tierheilkunde.* 1881. pag. 483.

9. Adams, *The vet. Journ.* I. 1882. pag. 332.

10. Rieffel, Zündel, *Zündels Bericht.* 1882. pag. 58 und 59.

11. Goux, *Recueil de méd. vétér.* 1884.

12. Burke, *The Veterin.* LIX. 1887. pag. 692.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

Die Kontagiosität der Lepra und die gegen dieselbe in Rufsland zu ergreifenden Mafsregeln.

Vortrag, gehalten auf dem III. Kongrefs russischer Ärzte am 6./18. Januar 1889

von

Prof. Dr. G. Münch
in Kiew.

(Fortsetzung.)

Der zweite Punkt, das Umsichgreifen der Krankheit in einzelnen Familien, verdient besondere Beachtung; doch bevor ich zur Frage von den Familienverhältnissen der Kranken übergehe, will ich einige allgemeine Angaben über das Geschlecht und Alter der Erkrankten vorausschicken.

Von 413 Fällen, über die wir verfügen, kommen 229 auf Männer, 174 auf Frauen. Zählen wir davon $\frac{119 \text{ Männer}}{68 \text{ Frauen}}$ mohamedanische Kranke ab — (Sarten und Keratschaefzer) wo die Frauen sich der Untersuchung zu unterwerfen oft weigerten —, so bekommen wir in den rein russischen Ansiedelungen auf 226 Personen 110 Männer und 116 Frauen, folglich ein beinahe gleiches Verhältnis zwischen Männern und Frauen.

Was die Verteilung der Krankheit nach dem Alter betrifft, so habe ich sie graphisch durch Kurven dargestellt, wobei die Abscissen die Anzahl der Kranken bezeichnen, die Ordinaten aber folgendermafsen aufzufassen sind: die punktierten Linien bezeichnen das Alter, in dem sich die Kranken mir zur Untersuchung stellten; die geschwärzten Linien bezeichnen dasselbe Alter, nach Abrechnung der Zeitdauer der Krankheit (in Jahren) + 3 Jahre, die ich im Mittel auf die Inkubationsperiode hinzufüge — eine Korrektur, die unumgänglich ist, da die Mehrzahl der Kranken als Beginn der Krankheit den Moment bezeichnen, wo die Krankheit sich bereits ganz deutlich ausgeprägt hat. Auf diese Weise werden die geschwärzten Ordinaten dem Alter, in dem die Kranken erkrankten, d. h. dem Beginne der Krankheit entsprechen.

Gehen wir jetzt zu den Familienbeziehungen der Kranken über. Hier will ich Sie, geehrte Anwesende, auf einen Umstand aufmerksam machen, der den Wert jener Facta, die man zur Beurteilung der Familienerkrankungen anführen könnte, bestimmt.

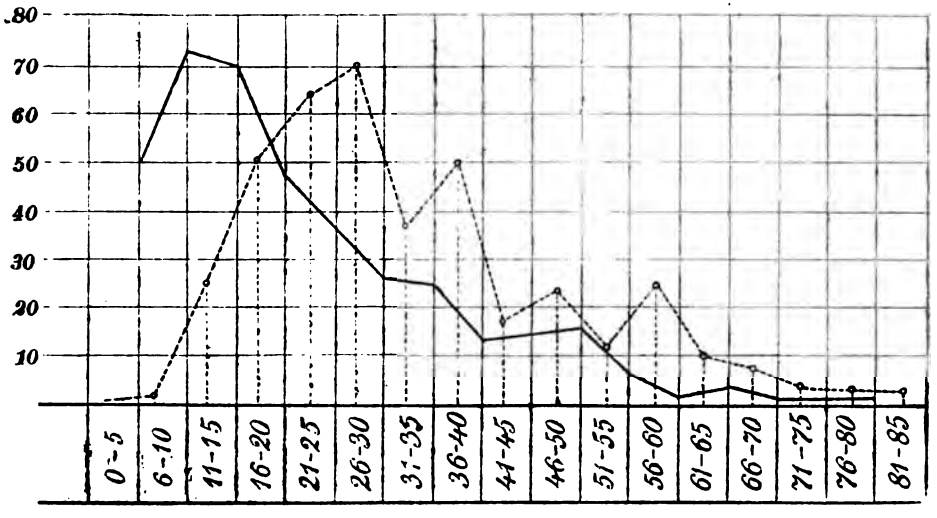
Wenn ich Ihnen diese Facta, so wie es Danielssen, Boek und Koslowsky thun, etwa in folgender Weise vorführe:

Digitized by Google

X ist krank, in seiner Familie war seine Grofsmutter krank und starb; oder es ist Y krank, in dessen Familie der Vater und die Mutter oder 2—3 Brüder oder Schwestern an derselben Krankheit litten und starben, so müssen Sie, geehrte Anwesende, unwillkürlich die Krankheit für erblich halten.

Wenn ich aber Ihnen dieselben Facta in einer etwas anderen Form mit scheinbar geringen Ergänzungen wiedergebe, wie etwa:

Im ersten Falle: Es starb eine Frau; 1—2 Jahre vor oder nach ihrem Tode erkrankte ihr Enkel X; oder wenn ich Ihnen dasselbe Faktum folgendermafsen wiedergebe: Vor etwa 10 Jahren starb die Grofsmutter, ihr Enkel X ist krank und weist alle Symptome der späten — regressiven oder der sekundären Periode auf.



Im zweiten Falle: In der Familie J. erkrankten und starben zwei Brüder, darauf erkrankte der Vater und starb gleichfalls, und endlich ist gegenwärtig der dritte Bruder J. krank. Wenn ich noch hinzufüge, dafs in dieser Familie die Erkrankung der einzelnen Mitglieder zeitlich in derselben Reihenfolge erfolgte, wie die Erkrankung der Grofsmutter und des Enkels im ersten Falle, dann, m. H., werden Sie mir zugeben, dafs wir in beiden Fällen, in die wir eine geringe Korrektur eingeschaltet, mit weit gröfserem Rechte von der Kontagiosität der Krankkeit, als von deren Erblichkeit reden dürfen.

Wenn wir ferner in Betracht ziehen, dafs die Familie nicht insgesamt aus Blutsverwandten besteht, dafs die Blutsverwandten des Vaters keineswegs als solche der Mutter angesehen werden können et vice versa;

Digitized by Google

wenn wir Gesagtes berücksichtigen und in der Familie successive Erkrankungen solcher durch die engen Bande der Blutsverwandtschaft nicht verbundenen Personen, sei es in Form vereinzelter Erkrankungen, sei es in einer ganzen Reihe successiver Erkrankungen unter Blutsverwandten, antreffen, so hoffe ich, geehrte Anwesende, braucht meine Ansicht über den Verbreitungsmodus der Lepra durch ein Kontagium kaum angezweifelt zu werden.

Um alle diese Facta leichter übersehen zu können, habe ich sie zu Ihrer Ansicht in Tabellen geordnet, in denen die Erkrankungen in systematischer Ordnung wiedergegeben sind. In diesen Tabellen finden Sie Fälle vor, die unzweifelhafte Anzeichen succecsiver Erkrankungen unter Blutsverwandten aufweisen; Sie sehen hier Erkrankungen unter Kindern, die der Erkrankung der Eltern vorausgingen, sehen hier Erkrankungen unter Personen, die zwar ein und derselben Familie angehören, doch keineswegs untereinander blutsverwandt sind, und endlich treffen Sie hier Erkrankungen von Personen an, die der respekt. Familie fremd, aber zu derselben in zufällige Beziehungen getreten sind, die durch Aussagen der Kranken selbst oder kompetenter Zeugen genau konstatiert wurden.[5] Des leichteren Überblicks wegen habe ich die Fälle in zwei Gruppen angeordnet. In die erste Gruppe gehören die Fälle, wo mir in der Familie blofs 2 successive Erkrankungen bekannt sind, wobei die Quelle (der Ursprung) der ersteren von ihnen mir unbekannt geblieben ist. Ich führe hier die Fälle in folgender Reihenfolge an: Erkrankungen der Eltern und hernach der Kinder; Erkrankungen der Kinder vor ihren Eltern; Erkrankungen unter Anverwandten; Erkrankungen des Mannes, der Frau und ihrer beiderseitigen Verwandten.

I. Eltern und Kinder.[6]

1. — Werschina, der Vater. Viele Jahre krank. Mutilationen bereits seit 4 Jahren.
199. Werschina, der Sohn, 27 J. alt, 2 J. krank. Blüteperiode.[7] (Wohnort Kagalnik, im Lande der Donschen Kosaken. 1884.)

[5] Wir müssen bemerken, dafs wir zu unsern Tabellen beinahe ausnahmslos Fälle aus unsern russischen Ansiedelungen benutzt haben. Bei der grofsen Anzahl von Kranken in Karatschai ist eine Bestimmung der Familienbeziehungen ohne Bedeutung.

[6] Die Zeichen in den Tabellen bedeuten: die Ziffern bei den Namen die No. des Kranken in meinem Verzeichnis (cf *Die Lepra in Süd Rufsland*); × neue, in die Verzeichnisse nicht aufgenommenen Fälle; — Fälle, die ich selbst nicht beobachtet habe; □ einen selbständigen Einwanderer; ▽ die Eltern oder Kinder der Kranken waren Einwanderer, d. h. der Kranke steht im zweiten oder dritten Gliede zum Einwanderer.

[7] Die Bestimmung der Krankheitsperioden — die ihnen eigentümlichen Anzeichen — sind von mir auf dem ärztlichen Kongresse in Moskau mitgeteilt worden. Selbstverständlich lassen sich zwischen den einzelnen Perioden der Krankheit keine scharfen Grenzen ziehen, und ist daher die von uns vorgeschlagene Einteilung, wie eine jede andere, eine künstliche zu nennen. Nichtsdestoweniges begegnet man sehr scharf ausgeprägten Repräsentanten dieser oder jener Krankheitsperiode, und wer viele Leprakranke gesehen, wird sicher eine solche Einteilung billigen.

Digitized by Google

2. 173. Kalinkowa, die Mutter, 37 J. alt, 4 J. krank (ohne Zweifel länger). Regressive Periode.
   174. Kalinkow, der Sohn, 11 J. alt. (Die Dauer der Krankheit unbekannt.) Prodromalperiode (Flecke am Körper). Wohnort: St. Grilowskaja im Lande der Donschen Kosaken. 1884.

3. — *Bjelow, der Vater, †[8] 2½ J. War 10 J. krank. Hautform der Lepra.*
   44. Bjelow, die Tochter, 12 J. alt, 2 J. krank (länger!). Primäre Nervenform. (Astrachan 1880.)

4. — □ *Jantschenko, die Mutter, † 3 J. War 6—7 J. krank.*
   54. ▽ Jantschenko, der Sohn, 18 J. alt, ist 3 J. krank. Blüteperiode der Krankheit (regressive Erscheinungen sind gleichfalls vorhanden).
   Jantschenko kam vor der Erkrankung der Mutter zur Welt; sein jüngerer Bruder hingegen, als die Mutter bereits krank war; letzterer ist gesund. (Promisslowka, im Astrach. Gouv. 1880.)

5. — □ *Martschenko, der Vater († vor 4 J). Lepra?*
   150. ▽ Martschenko, die Tochter, 15 J. alt, 2 J. krank. Blüteperiode. (Regressive Erscheinungen gleichfalls vorhanden.) Nowotscheskassk. 1883.

6. — *Bloschkow, die Mutter († vor 4 J.).*
   158. Bloschkow, die Tochter, 15 J. alt, 5 Jahre krank. Blüteperiode. (Akssai im Lande der Donschen Kosaken. 1884.)

7. — *Maljatin, der Vater, † vor 5 J.*
   × Maljatin, die Tochter, 25 J. alt. Blüteperiode. (Grofs-Gonjuschkino, im Astrach. Gouv. 1884.)

8. — *Giasa, der Vater, † vor 10 J., war 14 J. krank.*
   260. Giasa, der Sohn, 25 J. alt, 10 J. krank. Regressive Periode. (Margelan in Turkestan. 1885.)

9. — *Dschau-Bira, der Vater, † vor 10 J.*
   261. Dschau Bira, der Sohn, 22 J. alt, 12 J. krank. Regressive Periode. (Margelan in Turkestan. 1885.)

10. — *Hudjakow, die Mutter, † vor 12 J., war 8 J. krank.*
    214. Hudjakow, die Tochter, 14 J. alt. Regressive Periode. (Berislaw im Chersonschen Gouv. 1883.)

Aufser den angeführten verfügen wir noch über 4 Fälle der Erkrankung unter Eltern mit nachfolgender Erkrankung ihrer Kinder, in denen es unbekannt blieb, wann die Eltern starben.

II. Kinder und Eltern.

1. 189. Ssibilew, der Sohn, 17 J. alt. Seit 4 J. krank (unwahrscheinlich!!). Regressive Periode. Kontrakturen der Finger, perforierende Ulcerationen etc.
   190. Ssibilew, die Mutter, 40 J. alt. Seit 3 J. krank. Prodromalperiode. (Kagalnik, im Lande der Donschen Kosaken. 1884.)

---

[8] † = tod.

Digitized by Google

2. 28. ▽ Ladygin, der Sohn, 30 J. alt. Seit 5 Jahren krank. Späte Blüteper.
27. □ Ladygin, der Vater, 57 J. alt, 1 J. krank. Prodromalperiode.
Ladigin, der Vater, kam nach Tambowka als 14jähriger Knabe (Tambowka im Astrach. Gouv. 1880.)

3. 278. Ssaib-Nasar-Kuldaschew, der Sohn, 30 J. alt. Seit 10 J. krank. Regressive Periode (kindisches Äufsere).
277. Kuldasch-Kuldaschew, der Vater, 66 J. alt, 7 J. krank. Blüteperiode. (Ura-Tübe, Turkestan. 1885.)

4. 46. ▽ Kolessnikow, der Sohn, 28 J. alt (?), 13 J. krank. Sekundäre Nervenform. Mutilationen (s. Tab. VI. 2).
45. □ Kolessnikow, die Mutter, 63 J. alt, 5 J. krank. Regressive Periode.
Kolessnikow, die Mutter (aus Moskau gebürtig), kam nach Astrachan vor ca. 30 Jahren. (Astrachan.)

5. — ▽ *Lopatin, die Tochter, † 3 J., war 10 J. krank.*
176. □ Lopatin, die Mutter, 45 J. alt, 2 J. krank. Blüteperiode (regressive Erscheinungen).
Lopatin ist aus dem Ekaterinoslawschen Lande gebürtig. Es sind Hinweise auf die Erkrankung noch einer Tochter der Lopatin vorhanden. (Elisawetinsche Stan. Land der Donschen Kosaken. 1884.)

6. — ▽ *Schicharew, der Sohn, † 5 J.*
31. □ Schicharew, der Vater, 60 J. alt, 4 J. krank. Blüteperiode.
Schicharew, der Vater, kam nach Tambowka als 12jähriger Knabe aus dem Tambowschen Gouv. (Tombowka, im Astrach. Gouv. 1880.)

III. Brüder und Schwestern.

1. × Sspiridonow, der Bruder, 27 J. alt, 8 J. krank. Regressive Periode.
× Sspiridonow, die Schwester, 23 J. alt, 6 J. krank. Regressive Periode.
(Grofs-Garjuschkino, im Astrach. Gouv. 1888.)

2. 64. Okinn, der 1. Bruder, 33 J. alt, 1 J. krank (bedeutend länger!). Regressive Periode.
65. Okinin, der 2. Bruder, 26 J. alt, 4 J. krank. Blüteperiode.
(Ssamosdjelka im Astrach. Gouv. 1880.)

3. 95. Morosow, der 1. Bruder, 23 J. alt, 9 J. krank. Regressive Periode.
96. Morosow, der 2. Bruder, 25 J. alt, 4 J. krank. Als er erkrankte, war die Krankheit beim Bruder (95) bereits in voller Blüte.
(St. Lissogorskaja im Terschen Kreise. 1889.

4. × Pjawkin, die Schwester, 28 J. alt, 11 J. krank. Regressive Periode.
× Pjawkin, der Bruder, 38 J. alt, 1 J. krank. Blüteperiode.
(Sselitrjrnoe, im Astrach. Gouv. 1888.)

5. 192. Leonow, der 1. Bruder, 18 J. alt, 9 J. krank. Regressive Periode.
191. Leonow, der 2. Bruder, 30 J. alt, 5 J. krank. Regressive Periode.
(Kagalnik, im Lande der Donschen Kosaken. 1884.

6. — Kotlerow, die 1. Schwester, sehr lange krank.
202. Kotlerow, die 2. Schwester, 27 J. alt, 1 J. krank. Prodromalperiode.

Digitized by Google

Kotlerow, die erste, lebt in Rosstow, ihre Schwester weilte häufig bei ihr, afs aus derselben Schüssel, wusch ihre Wäsche etc. (Akssaj, im Lande der Donschen Kosaken. 1885.)

7. — *Golowaty, die Schwester, 26 J. alt, † 1 J., war 15 J. krank.*
194. Golowaty, der Bruder, 28 J. alt, 6 J. krank. Blüteperiode. (Kagalnik, im Lande der Donschen Kosaken. 188.)

8. — ▽ *Korotkow, die Schwester, † 3 J.*
— ▽ Korotkow, der Bruder, 21 J. alt, 6 J. krank. Blüteperiode. (Regressive Erscheinungen.) (Tambowka im Astrach. Gouv. 1880.)

9. — *Budin, der 1. Bruder, † 3 J.*
187. Budin, der 2. Bruder, 17 J. alt, 2 J. krank. Anfang der Blüteperiode. (Stadt Asow, im Lande der Donschen Kosaken. 1884.)

10. — *Malachow, die 1. Schwester, † 4 J.*
93. Malachow, die 2. Schwester, 65 J. alt, 10 J. krank. Regressive Periode. (Lissogorsche Stanize im Terschen Kreise. 1884.)

11. — ▽ *Eremitzky, der Bruder, † 5 J.*
21. ▽ Eremitzky, die Schwester, 15 J. alt. 3 J. krank (länger!). Regressive Periode.
Laut den Akten ist Eremitzky, der Bruder, blofs 1 Jahr tot (?), nach dem Taufscheine jedoch erwies es sich, defs er bereits vor 5 Jahren gestorben ist. (Tambowka im Astrach. Gouv. 1880.)

12. — ▽ *Filatow, der 1. Bruder, † 5 J., war 9 J. krank.*
2. ▽ Filatow, der 2. Bruder, 21 J. alt. Regressive Periode. (s. Tab. III. 1.) (Ssossikalskoe, im Astrach. Gouv. 1880.)

13. — ▽ *Constantinow, der 1. Bruder, † 5 J.*
185. ▽ Constantinow, der 2. Bruder, 20 J. alt, 3 J. krank (länger!). Regressive Periode.
Die Eltern sind aus Ssaratow gebürtig. (Stadt Asow im Lande der Donschen Kosaken. 1884.)

14. — *Pitschinin, die Stiefschwester, † 8 J., war 5 J. krank.*
96. Pitschinin, 38 J. alt, 9 J. krank. Regressive Periode. (Lissogorsche St. im Terschen Kreise. 1884.)

15. — *Plotnikow, der Bruder, † 10 J.*
× Plotnikow, die Schwester, 29 J. alt, 5 J. krank (länger!). Regressive Periode. (Kriwobusanskoe im Astrach. Gouv. 1888.)

16. — *Nor-Muhamed, der 1. Bruder, † 10 J.*
223. Nor-Muhamed, der 2. Bruder, 32 J. alt, 12 J. krank. (Der 1. Bruder ist blofs 3 J. vor seinem Tode ins Asyl (?) übergeführt worden.) (Taschkent in Turkestan. 1885.)

17. — *Jussupow, die erste Schwester, † 10 J.*
290. Jussupow, die 2. Schwester, 25 J. alt, 12 J. krank. Sekundäre Nervenform. (Ura-Tube in Turkestan. 1885.)

18. — *Owtschinnikow, der Bruder, † 10 J.*
× Owtschinnikow, die Schwester, 29 J. alt, krank?. Primäre Nervenform (Mutilationen). (Koschelewka im Astrach. Gouv. 1888.)

Digitized by Google

19. — *Ekuschew, der 1. Bruder, † 15 J.*
70. Ekuschew, der 2. Bruder (Major), 43 J. alt, 1 J. krank. Regressive Periode (Mutilationen). (Naur im Terschen Kreise. 1881.)

Es folgen 3 Fälle, in denen die Angabe fehlt, wann einer der Brüder gestorben ist.

IV. Verwandte.

1. — Die Frau des Bruders, 38 J. alt, 8 J. krank. Regressive Periode.
92. Scornjakowa, 42 J. alt, 6 J. krank (?). Prodromalperiode. (Linogorsche Staniza im Terschen Kreise. 1884.)

2. — *Die Großmutter, väterlicherseits, † 3 J.*
174. Sadizin, 22 J. alt, 4 J. krank. Prodromalperiode. (Gnilowsche Staniza im Lande der Donschen Kosaken. 1884.)

3. — *Petrow, die Frau des Oheims väterlicherseits, † 4½ J.*
25. ▽ Petrow, 12 J. alt, 2 J. krank. Blüteperiode. (Tambowka im Astrach. Gouv. 1880.)

4. — *Die Frau des Oheims mütterlicherseits, † 5 J.*
155. Die Wetlachow, 20 J. alt, 4 J. krank. Blüteperiode.
Die Wetlachow besuchte fast täglich ihre kranke Tante. (Alt-Tscherkassk im Lande der Donschen Kosaken. 1883.)

5 — □ *Kawerin, der Großvater, † 5 J.*
▽ Kawerin, der Enkel, 14 J. alt, 2 J. krank (länger!). Anfang der Blüteperiode. (Tambowka im Astrach. Gouv. 1888.)

6. — ▽ *Die Frau des Cousins † 6 J.*
29. ▽ Schurawlew, 27 J. alt, 6 J. krank. Blüteperiode. (Tambowka im Astrach. Gouv. 1888.)

7. — *Die Tante mütterlicherseits, † 10 J.*
× Affonassjew, 24 J. alt, 6 J. krank. Blüteperiode.
Die Tante lebte in der Familie Affonassjews. (Groß-Gonjutchkino im Astrach. Gouv. 1888.)

8. — *Der Oheim mütterlicherseits, † 10 J.*
183. Schlikow, 16. J. alt, 9 J. krank. Blüteperiode. (Elisawetinsche Staniza im Lande der Donschen Kosaken. 1884.)

9. — *Die Tante mütterlicherseits, † 15 J., im Alter von 22 J. War 15 J. krank.*
× Alowakumow, 23 J. alt, 3 J. krank (wahrscheinlich bedeutend länger!). Sekundäre Nervenform. (Stadt Krassny-Jar. im Astrach. Gouv.)

Es folgen 9 Fälle, in denen die Sterbezeit der Verwandten nicht angegeben ist.

Der Mann, die Frau und ihre Verwandten.

1. 149. □ Schtankewitsch, der Mann, 45 J. alt, 6 J. krank. Regressive Periode.
— □ Schtankewitsch, die Frau, 30 J. alt, unlängst erkrankt. Prodromalperiode. (Stadt Taman im Kubanschen Kreise. 1883.)

2. — *Asnaur-Akbaew, die Frau, † 6 J.*
119. Asnaur-Akbaew, der Mann, 39 J. alt. Dauer der Krankheit unbekannt. Prodromalperiode. (Karatschai, Utschkulan. 1884.)

Digitized by Google

3. — *Babuschkin, der Mann, †.*
   × Babuschkin, die Frau, 45 J. alt, 10 J. krank. Regressive Periode. (Ribotschkiro im Astrach. Gouv. 1888.)

4. — *Suiluew, der Mann, †.*
   296. Suiluew, die Frau, 22 J. alt, 8 J. krank. Primäre Nervenform. (Ura-Tjube in Turkestan. 1885.)

5. — Rubaschew, der Vater der Frau. Sehr lange krank. Lepra?
   90. Poltja, der Schwager, 30 J. alt, 1 J. krank (länger!). Blüteperiode (St. Alexandreskaja im Terschen Kreise. 1884.)

6. — □ *Die Mutter des Mannes, † 5 J.*
   4. ▽ Popow, die Frau, 35 J. alt, 7 J. krank. Regressive Periode.
   Die Mutter des Mannes ist aus dem Gouv. Woronesch gebürtig. (Ssossikalskoe im Astrach. Gouv. 1880.)

7. 33. ▽ *Reschetnikow, der Vater des Mannes, † 6—7 J.*
   × Reschetnikow, die Schwiegertochter, 35 J. alt, ist 6—7 J. krank. Blüteperiode.
   Ich sah den Reschetnikow 1880. Im Jahre 1888 traf ich ihn bereits nicht mehr an. Seine Schwiegertochter teilte mir mit, dafs sie ihren Schwiegervater, obwohl letzterer isoliert war, gepflegt hat. (Sselitrjanoe im Astrach. Gouv. 1888)

8. — *Der Bruder des Mannes, † 8 J.*
   32. Miljaew, die Frau, 40 J. alt, 10 J. krank. Regressive Periode.
   Der Bruder des Mannes, obwohl isoliert, lebte auf demselben Hofe. (Sselitrjanoe im Astrach. Gouv. 1880.)

9. — *Der Oheim des Mannes, † 10 J. Lebte in der Familie.*
   × Mironow, die Frau, 40 J. alt, viele J. krank. Regressive Periode. (Im Astrach. Gouv. 1888.)

Die 2. Gruppe weist eine Reihe multipler (vielfältiger) [dreifältiger etc.] Erkrankungen auf.

1. — □ *Makarow, Geistlicher, † 10 J.*
   87. □ Makarow, die 1. Tochter, 22 J. alt, 8 J. krank. Regressive Periode.
   — □ Makarow, die 2. Tochter, 18 J. alt, unlängst erkrankt. Prodromalper.
   Makarow, der Vater, aus dem Ssaratowschen Gouv. gebürtig, erkrankte, nachdem er bereits 15 Jahre im geistlichen Amte thätig gewesen. Im Jahre 1884 erfuhr ich von dem Beginn der Krankheit bei der jüngsten Tochter. Ein Jahr später erhielt ich von ihrer Mutter ein Schreiben, in welchem sie um einen Rat nachsucht, was sie mit ihrer jüngsten Tochter, bei der die Krankheit bereits ganz deutlich ausgedrückt war, anfangen solle. (St. Alexandr. im Terschen Kreise. 1884.)

2. — *Babak, die Grofsmutter, † 6½ J.*
   147. Babak, der 1. Enkel, 11 J. alt. 4 J. krank. Blüteperiode.
   146. Babak, der 2 Enkel, 5 J. alt. 1 J. krank. Prodromalperiode.
   Die Mutter der Kinder Babak, die bisher gesund geblieben ist, teilte mir mit, dafs sie nicht selten ihre Kinder im Bette der kranken Grofsmutter angetroffen habe. Die kranke Grofsmutter verkehrte mit einer Familie Djedin, in der einige an der Lepra litten. (St. Paschkowskaja im Kubansch. Kreise 1883.)

Digitized by Google

3. — *Pilin, der Vater, † 6 J.*
— Pilin, die Grofsmutter, 13 J. krank.
153. Pilin, die Tochter des erstern und Enkelin der zweiten. 16 J. alt, 3 J. krank. Prodromalperiode. Letztere hat stets bei ihrer Grofsmutter gelebt. (Neutscherkassk. Land der Donschen Kosaken. 1884.)

4. — *Kiritschenko, † 4 J.*
157. Kiritschenko, dessen Bruder, 66 J. alt, 1 J. krank (länger!). Blüteperiode.
156. Kiritschenko, dessen Sohn, 18 J. alt, 3 J. krank. (Akssaj. Land der Donschen Kosaken. 1883.)

5. — *Eine Nachbarin, die an der Lepra litt. †.*
7. ▽ *Lukin, die Tochter, 12 J. alt, † 1 J., war 8 J. krank.*
× ▽ Lukin, die Mutter, 40 J. alt, 3 J. krank.
Über die Erkrankungsweise dieser Familie s. Einleitung. (Charbali. Astrach. Gouv. 1880 und 1888.)

6. — *Latischew, † 1 J. im 26. Lebenjahre, war 8 J. krank.*
× Latischew, die Schwester der ersteren, 20 J. alt, 3 J. krank. Blüteperiode.
× Latischew, die Cousine der Genannten, 19 J. alt, 2 J. krank. Prodromalper.
Latischew, der Bruder, bewohnte zwar ein separates Zimmer, doch wurde er von seiner Schwester verpflegt. Die Cousine, die in der Nachbarschaft wohnte, besuchte häufig den Kranken „ohne zu befürchten, dafs sie sich selbst anstecken könnte." (Im Astrach Gouv. 1888.)

7. — *Poljakow, der 1. Bruder, † 15 J.*
— *Poljakow, der 2. Bruder, † 8 J.*
× Poljakow, der Neffe, 31 J. alt, 4 J. krank (länger!). Regressive Periode. (Ribotschkin, im Astrach. Gouv. 1888.)

8. — □ *Sjatin, die Tante mütterlicherseits, † sehr lange.*
— ▽ *Sjatin, die 1. Nichte, † 8 J.*
186. ▽ Sjatin, die 2. Nichte, 17 J. alt, 10 J. krank. Regressive Periode.
Die Erkrankung der Tante schreiben ihre Angehörigen dem Umstande zu, dafs sie stets die Wäsche eines Leprakranken wusch. (Stadt Asow. Land der Donschen Kosaken. 1884.)

9. — *Der Grofsvater der Kolessnikow, mütterlicherseits, † 25 J.*
— *Der Onkel der Kolessnikow, † 6 J.*
— Die Kolessnikow, 17 J. alt, 8 J. krank. Regressive Periode.
Der Onkel der Kolessnikow lebte zwar isoliert, doch besuchte ihn häufig seine Nichte. (Kagalnik. Land der Donschen Kosaken. 1884.)

10. — *Gaew, die Grofsmutter väterlicherseits, † als Gaew, die Mutter noch Kindwar(?).*
196. Gaew, die Mutter, 35 J. alt, 7 J. krank. Regressive Periode.
197. Gaew, der Sohn, 6 J. alt, 2 J. kkrank. Prodromalperiode. (Kagalnik. Land der Donschen Kosaken. 1884.)

11. — *Die Stiefmutter des Vaters der Mawritzky, † sehr lange.*
— *Ihr leiblicher Sohn, † 11 J.*
184. Die Mawritzky, 20 J. alt, 9 J. krank. Regressive Periode. ((Stadt Asow im Land der Donschen Kosaken. 1884.)

12. — *Der Kosak Gnjedoi, † 10 J.*
144. □ Ssuschtschewitsch (der Liebhaber der Frau des Kosaken, wohnte bei letzterem), 44 J. alt, 6 J. krank (länger!). Regressive Periode.

Digitized by Google

140. □ Die Sswjatochin (ihr Mann ist ein Vetter des Kosaken), 45 J. alt, 6 J. krank (unwahrscheinlich!).

Um die Verbreitung der Lepra in den neuen (in den 50er Jahren gegründeten) Stanitzen kennen zu lernen, besuchte ich eine ganze Reihe von Stanitzen, die längs den Vorgebirgen des Kaukasus im Kubanschen Kreise gelegen sind. In der Staniza Sstoroschewoi erfuhr ich folgendes: Vor 10 Jahren starb hier ein an der Lepra (?) kranker Kosake Namens Gnjedoi. Die Frau des Kosaken ist gesund geblieben. Ihr zweiter Mann Ssuschtschewitsch (aus dem Gouv. Minsk), leidet an der Lepra; Ssuschtschewitsch unterhielt noch bei Lebzeiten des Gnjedoi ein Verhältnis mit dessen Frau und wohnte unter demselben Dache mit dem kranken Kosaken und ihr. Gegenwärtig lebt Ssuschtschewitsch in der Staniza Nowinonmilsk, wo er an der Eisenbahn als Weichensteller dient. Als ich nach Newinnomilsk kam, suchte ich Ssuschtschewitsch auf. Dieser suchte anfangs zu leugnen, doch als er erfuhr, dafs ich bereits alles wisse, bestätigte auch er das eben Mitgeteilte; seine Frau stellte gleichfalls von dem Erwähnten nichts in Abrede und fügte noch hinzu, dafs sie mit ihrem ersten Manne (dem Kosaken Gnjedoi), als derselbe erkrankte, aufhörte das Lager zu teilen, und dafs sie auch mit ihrem gegenwärtigen Manne, zumal da er impotent sei, nicht zusammen lebe. Sswjatochina (aus Charkow gebürtig und in der Staniza Issprawneja ansässig) teilte mir ihrerseits mit, dafs der Kosake Gnjedoi, als er bereits krank war, sie häufig besucht und in ihrem Hause häufig genächtigt habe. Seit sie selbst erkrankt sei, jage sie ihr Mann aus dem Hause, und in der ganzen Staniza wolle niemand ihren Sohn heiraten.

13. — *Schkodin, der 1. Bruder, † 5 J.*
— *Schkodin, der 3. Bruder, † ca. 5 J.*
× Koslow, ein Nachbar, der häufig die Brüder besuchte, 28 J. alt, 7 J. krank. Regressive Periode. (Dschambai im Astrach. Gouv. 1888.)

14. — □ *Wlassenko, verheiratet mit der Schwester des Kalantai, † 10 J.*
— □ *Wlassenko, dessen Frau, die Schwester von Kalantai, † 2 J.*
145. □ Kalantai, Sohn eines Geistlichen, 22 J. alt, 2 J. krank. Prodromalper.

Kalantai, den ich in der Klinik des Professors Rinecк in Kiew antraf, teilte mir nichts über die Erkrankung seiner Schwester mit. In der Paschkowschen Staniza, wo der Vater Kalantais Geistlicher war, erfuhr ich jedoch folgendes: Die Schwester Kalantais war mit dem Feldwebel Wlassenko verheiratet. Wlassenko erkrankte an der Lepra und infizierte seine Frau. Nichtsdestoweniger blieben beide Familien Wlassenko und Kalantai) in stetem Verkehr miteinander.

15. × Lapschin, der Bruder, 30 J. alt, Dauer der Krankheit unbekannt. Regressive Periode.
× Lapschin, die Schwester, 32 J. alt, 4 J. krank. Blüteperiode.
— × Lapschin, die Stiefmutter, 50 J. alt, Dauer der Krankheit unbekannt. Prodromalperiode. (Kosakenhügel bei Astrachan. 1888.)

16. — □ *Lissikow, † 16 J., im Alter von 65 J.*
24. □ *Lissikow, die Schwiegertochter, † 2 J., war 10 J. krank (länger!).*
— Lissikow, der Schwager der letzteren, 24 J. alt, unlängst erkrankt. (Tambowka im Astrach. Gouv. 1880 und 1888).

17. — *Plakssin, der Vater, † 3 J.*
170. Plakssin, der 1. Sohn, 40 J. alt, 5 J. krank. Blüteperiode.
171. Plakssin, der 2. Sohn, 22 J. alt, 3 J. krank. Blüteperiode.
165. Grizenko, ein Arbeiter bei Plakssin, 38 J. alt, 8 J. krank. Regressive Periode. (Gnilowsche Stanitza, Land der Donschen Kosaken. 1883.)

Digitized by Google

18. — *Perechitkin, der 1. Bruder, † 15 J.*
166. Perechitkin, der 2. Bruder, 71 J. alt, 5 J. krank (länger!). Sekundäre Nervenform.
169. Liwadnow, der Neffe, 20 J. alt, 6 J. krank (länger!). Sekundäre Nervenform.
167. Perechitkin, eine Schwiegertochter von No. 166, 30 J. alt, 6 J. krank. Blüteperiode. (St. Gnilowskaja. Land der Donschen Kosaken. 1883.)

19. — *Der Onkel der Gebrüder Issaew, † sehr lange (wann?).*
— Issaew, der 1. Bruder, erkrankte als erster (wann?).
182. Issaew, der 2. Bruder, 12 J. krank. Regressive Periode.
— Issaew, der 3. Bruder, unlängst erkrankt. Prodromalperiode. (Staniza Elisabeth im Land der Donschen Kosaken. 1884.)

20. — □ *Parschin, der Großvater, † wann? Lepra?*
16. ▽ Parschin, der 1. Enkel, † 6 J., im Alter von 36 J., war 6 J. krank.
17. ▽ Parschin, der 2. Enkel (Cousin des 1. Enkels), † 5 J., im Alter von 24 J., war 6 J. krank.
× Parschin, der Sohn von No. 16, 14 J. alt, 3 J. krank. Blüteperiode. (Tambowka im Astrach. Gouv. 1880 und 1888.)

21. — *Der Großvater mütterlicherseits, † 10 J.*
— *Ssmirnow, der Enkel, † 5 J., war 10 J. krank.*
× Ssmirnow, die Enkelin, 20 J. alt, 12 J. krank. Regressive Periode.
× Ssmirnow, die Tochter des ersten und Mutter des zweiten und der dritten, 40 J. alt, 3 J. krank. Blüteperiode. (Im Astrach. Gouv. 1888).

22. — *Rulew, der 1. Bruder, † 18 J.*
— *Rulew, der 2. Bruder, † 10 J.*
— *Rulew, der Sohn des 2. Bruders, † 1 J., im Alter von 15 J.*
× Rulew, der 2. Sohn, 19 J. alt, 3 J. krank. Regressive Periode. (Poss. Ribotschkin im Astrach. Gouv. 1888.)

23. — *Lipichin, die Mutter, † 10 J.*
— *Lipichin, die Tochter, † 5 J.*
— □ *Mardassowa, die 1. Schwester, † 1 J.*
53. □ Mardassowa, die 2. Schwester, 30 J. alt, 10 J. krank. Regressive Per. Die Geschwister Mardassowa kamen vor 17 Jahren aus ihrer Heimat (Gouv. Woronesch) und traten als Arbeiterinnen bei Lipichins ein. (Jandiki im Astrach. Gouv. 1880.)

24. — *Sswiridenkow, der 1. Bruder, † ?*
— *Sswiridenkow, der 2. Bruder, † 10 J.*
— *Die Tochter des Sswiridenkow von der ersten Frau, † 3 J., 7 J. krank.*
□ Sswiridenkow, 201. die 2. Frau des 2. Bruders, 70 J. alt, 12 J. krank. Sekundäre Nervenform.
Sswiridenkow (201) ist aus dem Gouv. Charkow gebürtig. (Stadt Tagenrok. 1883).

25. — *Gorbatschew, die Mutter, † 14 J.*
— *Gorbatschew, die Tochter, † ca. 14 J.*
— *Kondratjew, die Schwester, † 10 J.*
× Kondratjew, der Bruder, 30 J. alt, 10 J. krank. Regressive Periode. Gorbatschews und Kondratjews wohnten auf ein und demselben Hügel in Dschambai. Die Kondratjew war mit Gorbatschews befreundet und verkehrte öfters mit ihnen. (Dschambai, Astrach. Gouv. 1888.)

Digitized by Google

26. — *Zwei Brüder Stepanischtschew, † ca. 15 J.*
34. Stepanischtschew, die Tochter eines derselben, † 7 J.
35. Stepanischtschew (eine Cousine von No. 34), 17 J. alt, 15—20 J. krank. Primäre Nervenform.
× Iwiri, die Schwester des 2. Bruders Stepanischtschew und Tante von No. 34 und 35, 80 J. alt, 2 J krank. Prodromalperiode.
(Sselitrjanoe im Astr. Gouv. 1880—1888.)

27. *10.* □ *Korablin, die Großmutter, † ca. 6 J.*
— ▽ *Korablin, der Enkel, † 3 J.*
× ▽ Korablin, die Schwiegertochter, 52 J. alt, 4 J. krank. Blüteperiode.
× ▽ Korablin, die Enkelin, 15 J. alt, 4 J. krank. Regressive Erscheinungen.
× ▽ Galkin, die Tochter der Korablin (10), 5 J. krank. Regressive Periode.
(Tambowka, im Astrach. Gouv. 1880—1888.)

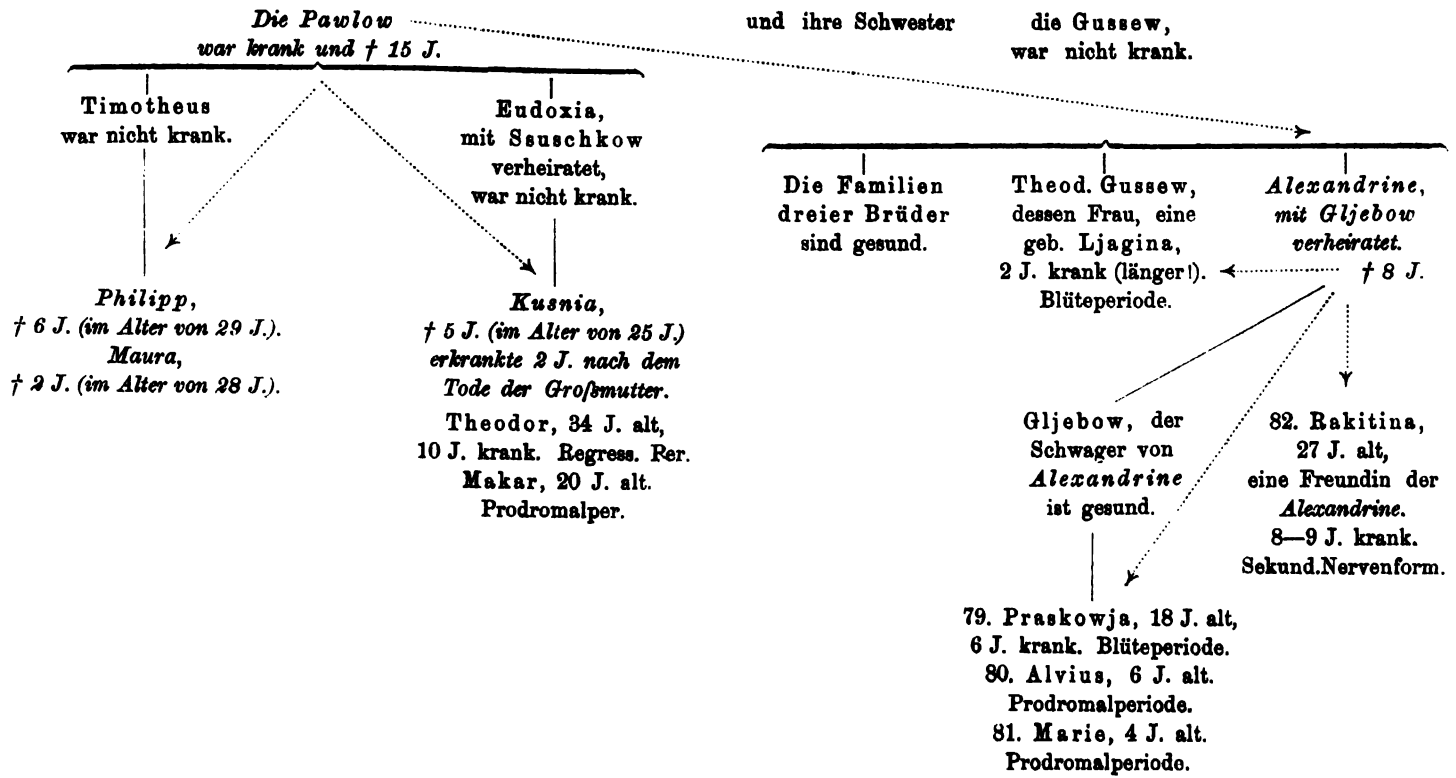
28. — *Familie Komissarow: es erkrankten und starben 3 Personen.*
— *Die Tante des Sseredin, eine Freundin der Familie Komissarow, † 9 J.*
— *Sseredin, der 1. Bruder, † 5 J.*
— Sseredin, der 2. Bruder, sehr lange krank.
141. Sseredin, der 3. Bruder, 20 J. alt, 1 J. krank. Prodromalperiode.
(Issprawnaja im Kubanschen Kreise. 1884.)

29. *Die Familie Prjanitschnikow, die in nächster Nähe von der Familie Erowtschenkow wohnte, verlor an der Lepra sämtliche Kinder: 2 Brüder und 3 Schwestern.*
Obwohl keiner von den Nachbarn seinen Kindern gestattete zu Prjanitschnikows zu gehen, so lief doch der Knabe Erowtschenkow wie mir dessen Vater mitgeteilt hat, häufig hin, um mit einem der kranken Mädchen zu spielen.
180. Erowtschenkow, 10 J. alt, 5 J. krank. Blüteperiode.
(Elisawetsche Stanitza, Land der Donschen Kosaken. 1884.)

30. — *Zwei Brüder Essaulow starben in der Wassiljewschen Leproserie.*
161. Grekow, eine Nichte dieser Brüder, 60 J. alt, lange krank. Regressive Per.
163. Popow, die 1. Schwester der Grekow, 70 J. alt, 4 J. krank. Blüteperiode,
164. Rasoritelew, die 2. Schwester der Grekow, 58 J. alt, unlängst erkrankt. Prodromalperiode.
162. Grekow, die Tochter, 20 J. alt, 1 J. krank. Prodromalperiode.
— Grekow, der Mann, 65 J. alt, krank (wie lange?). Prodromalperiode.
Die Erkrankung der Grekow ist in bezug auf ihren Ursprung in tiefes Dunkel gehüllt. Wann die Brüder Essaulow starben, ist unbekannt geblieben. Ich fand sie nicht in der Liste Plathows verzeichnet. Vielleicht infizierte sich die Grekow aus einer andern Quelle.
(Akssai, im Lande der Donschen Kosaken. 1883.)

Die bisher mitgeteilten Facta beruhen auf Aussagen entweder der Kranken selbst oder ihrer Angehörigen. Die jetzt folgenden Hinweise basieren auf Mitteilungen einer ganzen Reihe Personen, die sämtlich an den Familienerkrankungen interessiert sind, und beziehen sich auf die Alexander-Staniza (im Terek-Gebiete). Diese Hinweise vermögen uns ein annäherndes Bild von der Entwickelung und Verbreitung der Lepra in ganzen Ansiedelungen zu entwerfen.

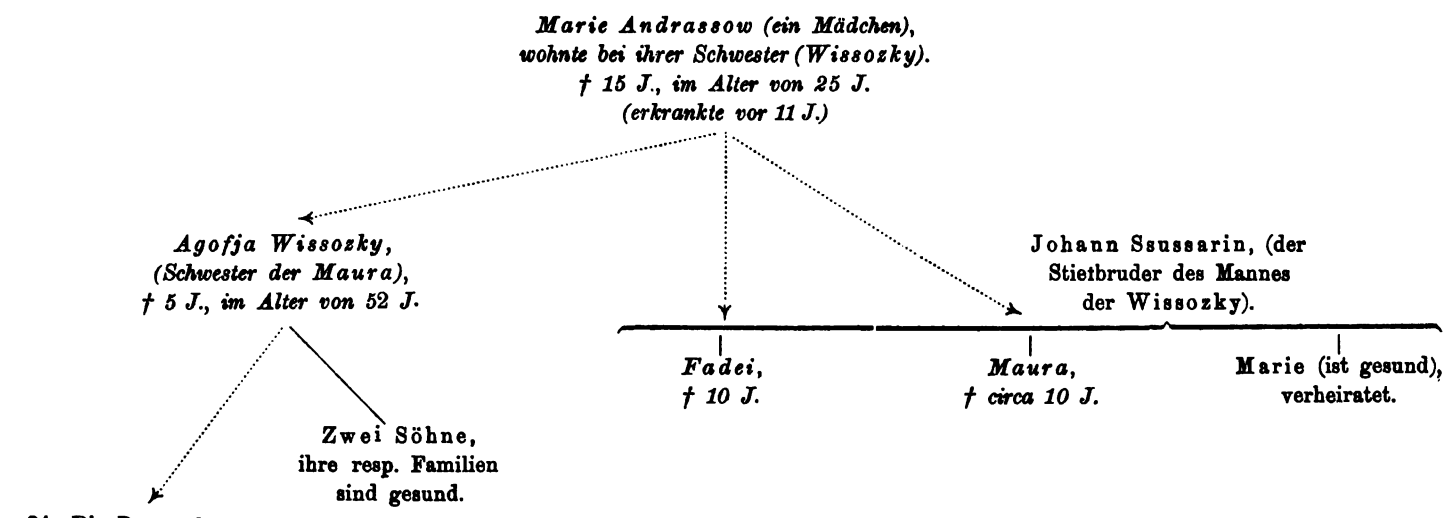
Digitized by Google



Unter den Vorfahren der Pawlow, der Gussew, der Ssuschkow, der Familien Ljagin, Gljebow und Rakitin war niemand an der Lepra krank gewesen. Der Zusammenhang zwischen diesen Erkrankungen ist nach den Angaben der nächsten Verwandten festgestellt worden.

Digitized by Google

Die Familie Sselin war eine der ersten in der Alexander-Staniza, in der die Lepra ausbrach; beinahe die ganze Familie erlag dieser Seuche. Zu Sselins kam häufig

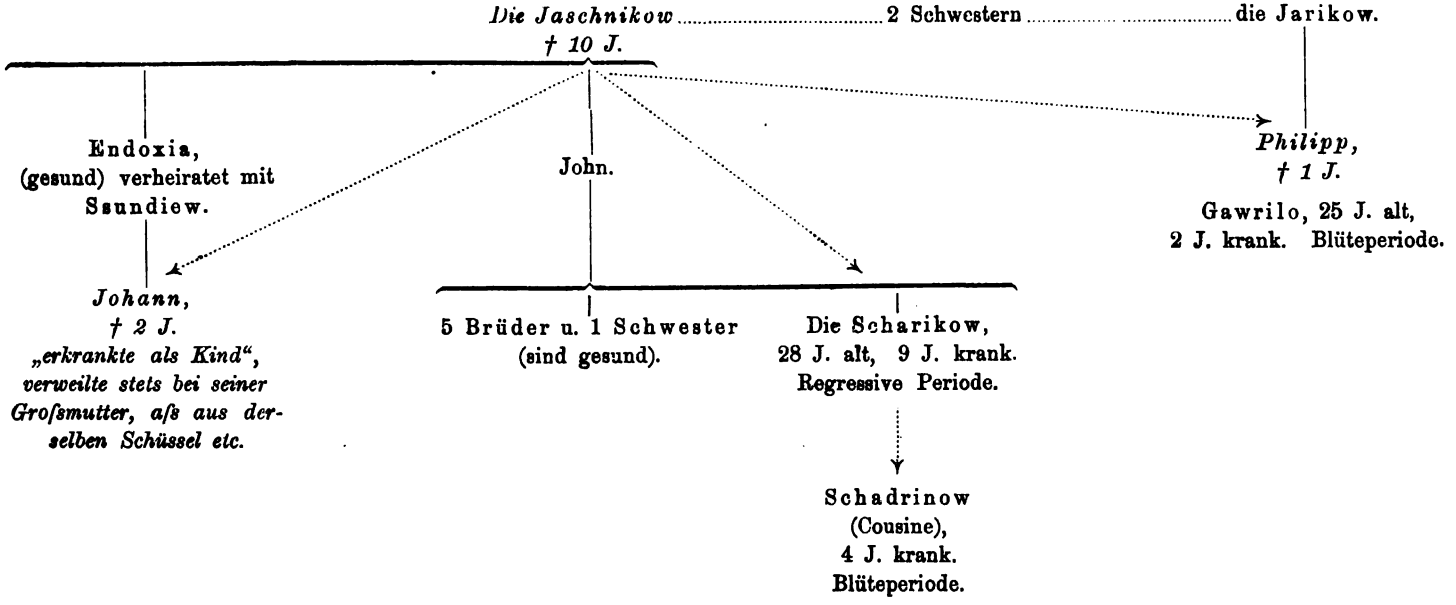


[9] Die Dorochow war in einem Garten isoliert, wo sie nach Aussage ihres Schwiegervaters und einiger Nachbarn eine Stätte der Unzucht errichtet hatte.

[10] Rjedkin erzählt mir, daß die Dorochow ihn häufig zu sich in den Garten gelockt habe, wo sie ihn mit Birnen traktierte etc.

Unter den Vorfahren der Familien Wissozky, Dorochow und Rjedkin hat niemand an Lepra gelitten.

Digitized by Google



Unter den Vorfahren der Jaschnikow, der Jarikow und Ssundiews litt niemand an Lepra.

Digitized by Google

Ich habe Ihnen hier Thatsachen wiedergegeben, die ganz unparteiisch, ohne vorgefafste Meinung von mir gesammelt sind. Ich habe sie Ihnen in derselben Weise wiedergegeben, wie sie mir von den Kranken selbst oder ihren Angehörigen mitgeteilt wurden, ohne Veränderungen, obwohl mir solche bisweilen notwendig erschienen. Der Schlufs, den ich aus diesen Thatsachen ziehe, harmoniert vollständig mit der unter dem Volke bestehenden Ansicht:

Die Lepra ist auch nach meiner tiefsten Überzeugung zweifellos ansteckend.

(Schlufs folgt.)

Bemerkungen zu der Abhandlung von H. LESLIE ROBERTS: „Untersuchungen über Reinkulturen des Herpes tonsurans-Pilzes."[1]

Von

Dr. P. GRAWITZ,
Professor in Greifswald.

Da Herr ROBERTS der Beschreibung seiner Reinkulturen des Herpespilzes eine historische Einleitung voraufschickt, welche recht erhebliche Unrichtigkeiten enthält, und in der gewählten Fassung geeignet ist, meinen Anteil an der Klärung der botanischen Kenntnis der Hautparasiten als einen höchst fragwürdigen hinzustellen, so sehe ich mich veranlafst, einige für die Beurteilung der Sache durchaus wichtige Daten hier hinzuzufügen.

ROBERTS sagt, ich sei einer der ersten Forscher, welcher sich der jetzt in so grofsem Umfang betriebenen Züchtung in Reinkultur nach den von PASTEUR und KOCH verbesserten Methoden bedient hätte; demzufolge hätte ich den Soorpilz, Trichophyton, Achorion und Oidium auf „Gelatine, Agar-Agar und andern festen Nährböden" gezüchtet, und daraus den Schlufs gezogen, dafs alle genannten Pilze blofse Modifikationen des Oidium lactis seien. Daraufhin möchte ich die Frage erheben, ob dem Verfasser wohl meine von ihm citierte Arbeit aus Bd. 70 des *Virchowschen Archivs* im Original vorgelegen haben mag? Dieselbe ist 1876 unter BREFELDS Einfluss gearbeitet, zu einer Zeit, bevor irgend eine KOCHsche Methode bekannt war, wo ich Agar-Agar überhaupt noch nie gesehen hatte. Von meinen Herpeskulturen habe ich dort angegeben, dafs sie in dünner Gelatine und in flüssigem Nährsubstrat, nämlich in

[1] *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. IX. No. 8. 1889.

Digitized by Google

„äufserst diluierter stark saurer Fleischextraktlösung“ angestellt worden sind; von andern festen Nährböden ist nirgends die Rede, und dennoch hebt Roberts den Gegensatz der von mir benutzten festen Nährmittel zu seinen flüssigen durch gesperrten Druck hervor.

R. sagt, dafs vor der Ausführung der Duclauxschen Experimente am Fungus des Herpes tonsurans Fortpflanzungsorgane noch garnicht zur Beobachtung gelangt waren. „Allerdings will Grawitz die Entwickelung von Fortpflanzungsorganen an einer seiner Kulturen beobachtet haben, indessen es waren dieselben auf seine Platten- und Objektträgerkulturen beschränkt.“ Abgesehen davon, dafs damals die Entdeckung der Plattenkulturen noch nicht gemacht war, so weifs ich in der That nicht, wo Roberts aus meiner Arbeit die Notiz entnommen hat, dafs ich an einer meiner Kulturen Fortpflanzungsorgane beobachtet haben will. Es steht bei mir der Satz gesperrt gedruckt: „eigentliche Fruchtträger kommen überhaupt nicht vor“, und dies bezieht sich auf den Favuspilz; bei der Beschreibung der Herpeskulturen ist kein Wort davon erwähnt.

Von den kolbigen Anschwellungen an den Enden und Seiten der Mycelfäden behauptet Roberts, dafs man sie in den auf peptonisierter Gelatine in Reagensgläsern gezüchteten Trichophytonkolonien findet, worauf schon Quincke und Grawitz hingewiesen haben. Ich habe viele Jahre vor Quincke allerdings diese kolbigen Kugeln beschrieben und abgebildet, aber vom Favuspilz und nicht vom Trichophyton und nicht aus Reagensglaskulturen; ihre Bedeutung war mir 1876 zweifelhaft, und sie ist es auch bis heute geblieben.

Was nun meine Schlufsfolgerung wegen der Übereinstimmung der Hautparasiten mit Oidium lactis betrifft, welche neun Jahre später „von der französischen Schule“ zurückgewiesen worden sein soll, so hätte ich wohl denselben Anspruch gehabt, wie Herr Duclaux bei dieser Gelegenheit genannt zu werden. Am 5. Janur 1886, also früher als Duclaux, habe ich in der medizinischen Gesellschaft zu Berlin Präparate und Photographien der verschiedenen hier in Frage stehenden Pilze vorgelegt, ich habe mit meinen Reinkulturen Favus und Herpes auf Menschen übertragen, diejenigen beiden Kollegen, welche ihre Arme dazu hergegeben hatten, waren so freundlich, den zahlreichen anwesenden Ärzten die exquisiten Krankheitsbilder vorzuzeigen; ich habe alsdann die Gründe entwickelt, welche mich 10 Jahre vorher veranlafst hatten, eine Identität der so verschiedenartigen Formen anzunehmen, und ausgeführt, weswegen ich heute diese Deutung als unrichtig aufgegeben habe. Eine Identität des Oidium albicans (Soor) mit Oidium lactis, welche Roberts mir zuschreibt, habe ich nie behauptet, dieselbe vielmehr ausführlich und mehrfach als irrig nachgewiesen. Ich habe aber durch die neuen von Koch eingeführten Züchtungsmethoden die volle Bestätigung gewonnen, dafs ich

Digitized by Google

trotz der mangelhaften in flüssigen Nährmedien angestellten Kulturverfahren früherer Zeit dennoch als der erste wirkliche Reinkulturen des Achorion, des Trichophyton und des Mikrosporon furfur erzielt und beschrieben habe.

Alle diese Darlegungen finden sich im 103. Bande von *Virchows Archiv* im Original, der Jahresbericht von Virchow-Hirsch 1886 enthält darüber ein Referat; auf beides erlaube ich mir Herrn Roberts hiermit zu verweisen, falls er diesem Gebiet weiter seine Arbeitskraft leihen und meiner dabei Erwähnung thun will.

Versammlungen.

Wochen-Zusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis.

(Nach *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1889.)

Schon seit lange haben die Ärzte des Hôpital Saint-Louis die Gewohnheit, die auf den verschiedenen Abteilungen liegenden interessanten oder diagnostisch-schwierigen Hautfälle gemeinsam zu untersuchen und zu besprechen. Für diese Besprechungen ist jetzt der Donnerstag-Abend festgesetzt. Das Protokoll der Sitzungen wird von nun an regelmäfsig in den *Annales* veröffentlicht.

1. Sitzung, am 29. November 1888.

Hallopeau stellt eine junge Frau mit einer besonderen Art von **Acne sebacea concreta** und Hypertrophie vor. Neben den gewöhnlichen Komedonen fanden sich hier Papeln, aus denen bräunliche feste Konkretionen hervorragten. Die chemische sowie die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs diese Konkremente namentlich aus Fett bestanden. Nach Hallopeau haben diese Elemente ihren Sitz um die Talgdrüsen und Haarfollikel herum. Ihre Anordnung ist dieselbe wie beim Ekzema seborrhoicum, wahrscheinlich infolge funktioneller Störung in der Talgabsonderung. Dabei sei aber die Mitbeteiligung der Schweifsdrüsen beim Zustandekommen beider Formen keineswegs ausgeschlossen. Diese Mitwirkung sämtlicher Hautdrüsen lasse eine Dyskrasie vermuten, die zu einer abnormen Bildung der fettigen Substanzen führe, wodurch dann bei dem einen Individuum Ekzema seborrhoium, bei dem andern Acne concreta erzeugt würde. — E. Besnier verlangt erst eine genaue Untersuchung über den anatomischen Sitz dieser Krankheit, die sich klinisch allerdings als Akne darstelle. — Darier hat die Haut der Kranken mikroskopisch untersucht; die Drüsen selber sind gesund, aber ihre Ausführungsgänge werden durch Horngebilde (Productions cornées) verstopft und erweitert. — Hallopeau betont nochmals die Mitbeteiligung der Talgdrüsen. — E. Besnier bemerkt zum Schlufs, dafs bereits zwei weitere derartige Fälle veröffentlicht seien.

Tennesson stellt eine junge Frau mit einer papulösen Erkrankung der rechten Wange und des rechten Handrückens vor, die wie L i c h e n aussieht; in Wirklichkeit handelt es sich um **Verrucae planae juveniles.** E. Besnier bestätigt die Diagnose dieser von ihm beschriebenen Form, die sich namentlich durch ihren Sitz im Gesicht, sowie durch kleinste papillomatoide Bildungen auf den Papeln auszeichnet und namentlich bei gröfseren Kindern bis zur Geschlechtsreife vorkommt.

Digitized by Google

Ferner stellt Tennesson eine Frau mit Duhringscher **Dermatitis herpetiformis** vor (Varietas vesiculosa). Blasen wurden nie beobachtet; sonst folgten sich Vesikeln, Papeln, Pusteln, Purpurflecke aufeinander, so dafs, wer nur ein Stadium der Krankheit sah, je nachdem an Ekzema, Herpes circinatus, Erythema polymorphum, Urticaria chronica denken konnte.

E. Besnier stellt ein Kind mit einer Art **Urticaria**, namentlich auf den Extremitäten, vor, die schon seit Monaten besteht und in grofser Zahl erythematöse Flecke hinterlassen hat. Auf der Haut kann man willkürlich Urticaria erzeugen.

E. Besnier führt ferner eine junge Frau vor mit **Erythema nodosum chronicum** auf beiden Beinen, dasselbe unterscheidet sich von dem gewöhnlichen Erythema nodosum nur durch seinen Sitz, seine lange Dauer und seine Schmerzlosigkeit. Jodkalium erwies sich erfolglos; nützlich dagegen horizontale Lagerung und methodische Kompression.

Fournier bringt einen Fall von **Pityriasis rosea** Gibert, der sich namentlich durch seine lange Dauer — bereits über einen Monat — und das Zusammenfliefsen der eruptiven Elemente auszeichnet. — Hallopeau hat einen Fall von 4jähriger Dauer gesehen. — E. Besnier kennt viele Fälle von grofser Hartnäckigkeit. Trotz wiederholter Versuche sei es ihm bislang noch nicht gelungen, einen Mikroben als Krankheitserreger nachzuweisen. Mit Unrecht werde die Pityriasis rosea im Ausland noch als Herpes tonsurans maculosus beschrieben, da sie mit dieser Form nichts gemein habe.

Weiter stellt Fournier einen Mann mit **Tripper** und dem zweiten Anfall von **Rheumatismus gonorrhoicus** vor. Patient weist knollenförmige Deformationen an Fingern und Zehen auf; der kleine Finger links sieht seit 2 Tagen wie ein Radieschen aus. Aufserdem besteht Muskelatrophie der Mm. interossei der linken Hand, sowie der linken Vorderarmmuskeln, ferner Zittern der rechten Unterextremität, so dafs F. annimmt, es hier mit einem Fall von Rheumatismus gonorrhoicus spinalis zu thun zu haben.

E. Besnier stellt einen Patienten vor mit alter Syphilis, die aber augenblicklich ziemlich latent ist. Dieser Patient besitzt eine aufserordentliche **Idiosynkrasie gegen Jodkalium**, nach dessen Gebrauch seine Unterextremitäten jedesmal von Purpura befallen wurden, während das Exanthem nach der innerlichen Anwendung von 5 Tropfen Jodtinktur nicht auftrat. Danach wäre also, meint B., nicht das Jod, sondern das Jodkalium die Ursache der Purpura.

2. Sitzung, am 6. Dezember 1888.

Hallopeau stellt einen Kranken vor mit abgerundeten, leicht eingesunkenen und an der Peripherie **verfärbten Narben**, die den Eindruck machen, als seien sie syphilitischer Natur, in Wirklichkeit aber durch Favus bedingt sind. — Besnier hat trotz ziemlich vieler Fälle von Favus generalisatus, die ihm zu Gesicht kamen niemals Narben entstehen sehen; im vorliegenden Fall sei also wohl die Lungen tuberkulose des Individuums schuld an der Narbenbildung. (?) — Auch Lailler hat niemals Narbenbildung beobachtet und hält es für zweifelhaft, ob es sich im vorliegenden Falle um echte Narben handelt. — Hallopeau erwidert, dafs die Narben bereits seit 2 Jahren beständen. — Nach Lailler ist die Lebensfähigkeit der Favuskeime ungeheuer grofs; so kam der Favus bei einem Mann nach 25 Jahren infolge Unreinlichkeit, Entbehrungen u. s. w. wieder zum Ausbruch, ohne dafs eine frische

Digitized by Google

Ansteckung stattgefunden hatte. — HALLOPEAU bezweifelt die Richtigkeit der QUINCKEschen Vermutung, dafs dem Kopf-Favus ein andrer Pilz zu Grunde liege, als dem dem Körpers.

E. BESNIER stellt einen Menschen mit **blauen Flecken** über den ganzen Körper vor; diese Flecke sind Folge **von Pediculi pubis**, mit denen der stark bekaarte Patient am ganzen Körper übersät ist; das Jucken ist in diesem Fall nur gering, ein weiterer Beleg dafür, dafs das Jucken unabhängig von der Anzahl der blauen Flecke ist; oft fehlt es ganz, und die Kranken haben dann keine Ahnung von ihrer Phthiriasis. — LAILLER: Umgekehrt klagen die Kranken über Jucken, sowie sie Filzläuse bei sich entdecken. — BESNIER: Es sei oft schwer, das Leiden zu beseitigen. Zur Tötung der Läuse gebe er zwei Sublimat-Bäder (je 10,0 Sublimat auf 200 Liter Wasser); zur Zerstörung der Eier Waschen der Haare mit Essig und alsdann Auskämmen mit einem feinen Kamm, oder auch — zu letzterem Zweck — Einreiben mit Ungt. Neapolit., das 1—2—3 Stunden liegen bleibt, hernach mit warmem Seifenwasser entfernt wird. — HALLOPEAU hat nach einer einmaligen Einreibung der behaarten Geschlechtsgegend mit grauer Salbe Salivation auftreten gesehen, während der nämliche Patient die unbehaarte Haut monatelang ohne nachteilige Folgen einreiben konnte; für den Kopf u. s. w. zieht er daher lieber Spiritus camphor. vor. — Nach E. BESNIER kommt man mit letzterem Mittel zur Zerstörung der Phthiriasis inguinalis nicht aus. Graue Salbe ist nur bei zu langer Anwendung und bei Aufserachtlassung der von ihm angegebenen Vorsichtsmafsregeln gefährlich. Die Phthiriasis inguin. sei im Krankenhaus ziemlich selten; sie finde sich mehr bei einem etwas bessern Publikum. Letzteres wird von FOURNIER bestätigt.

FOURNIER stellt einen Fall von **Psoriasis punctata** vor; der ganze Körper ist mit kleinen Elementen von 1—2 mm Durchmesser besetzt.

FOURNIER bringt ferner einen Patienten mit **Herpes praeputialis**. Ein Bläschen safs auf einem verhärteten Knoten, es bestand aufserdem doppelseitige Leistendrüsenanschwellung, so dafs man an einen harten Schanker denken mufste. Jedoch ist Leistendrüsenschwellung beim Herpes nicht so ganz selten, und der harte Knoten verdankt in diesem Fall sein Dasein einer Lymphangitis nodularis.

FOURNIER stellt dann einen Kranken mit **Herpes genitalis** vor, der vollkommen wie ein Ulcus durum aussah, daneben die Leistendrüsen beiderseits gleichfalls geschwollen. Jedoch spricht hier die Anamnese dagegen: Auftreten des Geschwürs 5 Tage nach dem Coitus, 8 Tage vor der Aufnahme ins Krankenhaus. — TENNESSON legt das Hauptgewicht auf den objektiven Befund, der hier deutlich für einen **Schanker** spreche. — FOURNIER: Die vorliegende Verhärtung sei diagnostisch nicht recht verwertbar; denn jedes Geschwür — gleichviel welcher Natur — im Sulcus glandularis fühle sich mehr oder minder hart an; und im vorliegenden Falle dürfe er der Aussage des Kranken, den er mehrfach und eindringlich befragt habe, wohl einigen Glauben beimessen. — E. BESNIER: Der Herpes genitalis und praeputialis seien anderer Natur als der H. labialis. Ihm seien nun wenige Kranke mit H. progenit. und H. genitalis vorgekommen, die nicht vorher einen Tripper, einen weichen oder harten Schanker gehabt hätten, worauf DIDAY und DOYON zuerst aufmerksam gemacht haben. — HALLOPEAU bestreitet das Gesetzmäfsige in dieser Beobachtung von DIDAY und DOYON. — LAILLER: Man findet zuweilen bei Arthritikern, die niemals venerisch waren, Herpes praeputialis nach einem Geschlechtsgenufs. — FOURNIER: Herpes praep. kommt auch bei Kindern vor. — E. BESNIER: Es besteht

Digitized by Google

eben ein Unterschied zwischen Herpes progenitalis und Herpes communis, welch letzterer auch an den Geschlechtsteilen vorkommen kann.

E. Besnier stellt ein 4jähriges wohlgenährtes Mädchen von nicht syphilitischen Eltern vor, bei denen aber Tuberkulose nicht ganz sicher auszuschliefsen ist. Die Haut des Kindes ist am ganzen Körper mit kleinen, mäfsig harten Knötchen von kolloider Beschaffenheit durchsetzt. Dieser Ausschlag besteht seit einem Jahr, im Anschlufs an Röteln, und stellt die Form des **Lupus tuberculosus acutus nodularis disseminatus** dar. Eine antisyphilitische Kur erwies sich als erfolglos. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte die Diagnose. — Lailler bezweifelt die Richtigkeit der Diagnose, da er niemals einen so ausgebreiteten Lupus gesehen habe. — Hallopeau berichtet über einen einschlägigen Fall auf seiner Abteilung. — E. Besnier: Der Lupus disseminatus an sich ist nicht so selten; selten ist nur die eruptive Form und die grofse Menge einzelner Elemente, wie bei diesem Kinde. — Fournier hält den Fall ebenfalls für Lupus, wünscht aber die Bezeichnung Lupus lenticularis disseminatus syphiloides, wegen der grofsen Ähnlichkeit mit Syphilis.

3. Sitzung, am 13. Dezember 1888.

Follicullitis epilatoria. Quinquaud führt einen 16jährigen Kranken mit teilweiser Alopecie vor, die sich herdweise entwickelt hat. Es handelt sich dabei um eine echte Atrophie der Kopfhaut, einschliefslich der Haarbälge und Talgdrüsen. Das Leiden fing vor 3½ Jahren an und ist seit 18 Monaten zum Stillstand gekommen. Während der eigentlichen Krankheit bildete sich um jedes einzelne Haar eine kleine Pustel, und das Haar selber fiel aus. Ein Pilz, der bei diesem Leiden gefunden wird, ist auf Tiere übertragbar, und bewirkt auch dort Verlust der Haare. — Fournier hat bei einem jungen Mädchen Ähnliches beobachtet; dort war aber Syphilis hereditaria die Ursache. — E. Besnier hält derartige Fälle für noch recht unklar und fafst sie unter der Bezeichnung Alopecia innominata zusammen. — Auf Befragen Hallopeaus berichtet Quinquaud weiter, dafs das Leiden in einer Dermatitis follicularis localisata mit Atrophie sämtlicher Hautteile bestehe; der Pilz habe eine Länge von 3—4 μ und sei ein Mikrokokkus. Waschungen mit 10%iger Höllensteinlösung, mit Hydrarg. bichlor. und bijod. haben sich ihm bewährt. — Lailler hat die Krankheit schon häufig gesehen und nennt sie Akne decalvatoria; ein Fall von Ansteckung ist ihm aber noch nicht vorgekommen. — E. Besnier hält den Prozefs mehr für eine Epifollicullitis, die sich nur in der Epidermis, nicht auch gleichzeitig in der Cutis abspiele. — Quinquaud hält dagegen seine Meinung aufrecht.

Lippenschanker, von E. Besnier vorgestellt, der, auf der Mitte der Oberlippe sitzend, ulceriert ist und schon beträchtliches Ödem verursacht hat; die Kieferdrüsen sind geschwollen. Aus diesem Verhalten schliefst Besnier auf einen schweren Verlauf der Syphilis bei dem Kranken. — Fournier stimmt ihm im allgemeinen bei, dafs ein ulcerierendes Geschwür eine schwere Syphilis anzeige; jedoch kämen auch Ausnahmen vor. — E. Besnier hält schon den Sitz des Schankers auf der Oberlippe für ein schlimmes Symptom.

Patient bekam wenige Tage nach der Vorstellung ein Kopf-Erysipel, das vom Schanker ausging und nach 9 Tagen geheilt war; mit ihm hatte das Ödem bedeutend nachgelassen und das Ulcus war fast vernarbt; die Kieferdrüsen vereiterten aber in der Folge.

Ein Mann mit mehreren **weichen Schankern auf dem Praeputium, die sich aber hart anfühlen,** wird von Fournier vorgestellt; keine Bubonen; erfolgreiche

Digitized by Google

Impfung auf den Arm. Die Verhärtung entstand in diesem Falle dadurch, dafs Patient die Geschwüre geflissentlich mit seinem Urin einrieb, in der Hoffnung, sie so zum Heilen zu bringen.

4. Sitzung, am 20. Dezember 1888.

E. Besnier stellt einen Mann vor, bei dem auf eine **phagedänische Initialsklerose eine schwere Syphilis** mit Verkrüppelung der rechten Unterextremität, bedingt durch Narbenbildung, folgte.

E. Besnier, Fall von „**Alopécie cicatricielle innominée**". Auf dem ganzen Hinterkopf finden sich hier ungleichmäfsige, kahle Stellen, die ohne bestimmte Grenze allmählich in den behaarten Kopfteil übergehen; die Übergangshaut zwischen den behaarten und kahlen Stellen ist fleckig rot, mit kleinen oberflächlichen Eiterherden, aber ohne eine Spur von Folliculitis, von Sykosis u. s. w., die Haare weder brüchig noch sonst wie verändert. Keine besonderen Pilze. Alle differenten Mittel erwiesen sich als erfolglos; manche schienen das Leiden sogar noch zu verschlimmern. — Quinquaud verwahrt sich dagegen, dafs dieser Fall mit seiner Folliculitis depilatoria acuta identifiziert werde, und macht auf die Unterschiede zwischen beiden Formen aufmerksam. — Hallopeau: Ob es sich nicht um einfaches Ausfallen der Haare handeln könne, wie es z. B. nach Mifshandlung der Kopfhaut mit Krotonöl vorkomme. — E. Besnier: Das sei hier ausgeschlossen; der Kranke habe 1½ Jahre gar nichts zu seinem Haarschwund gethan und doch, als er zu ihm kam, jene entzündeten roten Stellen auf dem Kopf gehabt.

Comby stellt einen 31jährigen Brasilianer vor, bei dem sich vor drei Jahren zuerst übelriechende, **wuchernde Geschwüre** auf dem linken Fufs zeigten; jetzt finden sich derartige Ulcerationen, zum Teil schon wieder vernarbt, an allen vier Extremitäten, sowie an der rechten Nasenseite. Kein Zucker im Harn. Schmierkur und Jodkalium innerlich haben bis jetzt keine Änderung bewirkt. — E. Besnier glaubt Lues und Diabetes ausschliefsen zu können. — Darier hat bei der histologischen Untersuchung Tuberkeln und Riesenzellen gefunden und weist ebenfalls, wie vorher Besnier, auf die Analogie des Leidens mit Lupus hin, wenngleich er keine Tuberkelbacillen fand. — Hallopeau meint, es könne sich um eine Infektionskrankheit handeln, die vielleicht in Brasilien zu Hause sei; unter der Bezeichnung Ulcères des Pays chauds seien die verschiedenartigsten Leiden beschrieben worden.

E. Besnier stellt mit Bezug auf die **Differential-Diagnose zwischen Ekzema seborrhoicum und Pityriasis rosea** zwei Fälle von ersterer Form vor, die von vielen Arzten für Pityriasis ros. würden gehalten werden. — Hallopeau: Die Pityriasis rosea kennzeichne sich durch ihre Dauer von 5—6 Wochen und durch ihre schnelle und sichere Heilung; es sei nicht angängig, sie für ein Ekzem zu erklären.

E. Besnier stellt einen Mann vor, der nach einer Verletzung der linken Schulter einen **Herpes zoster** an der rechten Schulter bekam. B. nennt diese Form deshalb Zona traumatica paradoxa oder Zona traumatique par transfert. Später gesellte sich auch noch Ekthyma furunculosum dazu. Solche Fälle seien schwer mit Erbs und Landouzys zymotischer Theorie des Herpes zoster in Einklang zu bringen.

Quinquaud stellt einen Mann mit jetzt vernarbten Ulcerationen vor, die über den ganzen Rücken verteilt safsen. Die Geschwüre heilten unter Anwendung einer spezifischen Behandlung, obschon die subjektiven Angaben wie der objektive Befund

Digitized by Google

gegen Syphilis sprachen. Sämtliche Narben verwandelten sich nun in harte **Keloide**, mit denen Patient 1½ Jahre umherlief; sie sind jetzt aber nach einer kurzen Behandlung mit heifsen Schwefeldouchen fast alle verschwunden. — FOURNIER hält diesen Verlauf für äufserst merkwürdig, ebenso LAILLER, dem keine Spontanheilungen von Keloiden bekannt sind. — E. BESNIER: Es handle sich hier nicht um reine Keloide, sondern um alte, keloidartige Narben, deren spontane Heilung den Chirurgen nicht unbekannt sei.

5. Sitzung, am 27. Dezember 1888.

E. BESNIER spricht gelegentlich der Vorstellung eines Mannes mit **Trichophytiasis** über das verschiedene Verhalten der Patienten diesem Pilz gegenüber. Bei den einen werden nur die Haare affiziert, bei anderen bilden sich erythematöse Kreise, oder Pityriasis alba, oder Trichophytiasis sycosica, je nachdem. Infolge ungeeigneter medikamentöser Behandlung wird das Leiden häufig schlimmer, kann aber, sich selbst überlassen, unter Anwendung einfacher Vorsichtsmafsregeln ausheilen.

E. BESNIER stellt eine Frau mit **vieldeutiger Dermatose** vor, die man, nur den objektiven Befund vor Augen, für Psoriasis, Ekzem, Syphilis halten kann. Er hält den Ausschlag, der ausführlich beschrieben wird, für eine atypische Psoriasis. — HALLOPEAU hat mehrfach Syphilide der Handflächen beobachtet, die genau so aussahen. — FOURNIER hält die Erkrankung weder für Syphilis, noch für Psoriasis; dieselbe sei nicht ganz selten und widerstehe der antisyphilitischen Behandlung; es sei ihm überhaupt nicht möglich, sie irgendwo unterzubringen. — LAILLER: Die Krankheit befand sich augenblicklich in einem Stadium, das man das Stadium „de Diagnostic de sentiment" nennen könne; er neige sich, allerdings ohne bestimmte Gründe, der Ansicht HALLOPEAUS zu; Psoriasis palmaris sei sehr selten. — LASSAR (Berlin) hat in ähnlichen Fällen weder mit der antisyphilitischen, noch mit der örtlichen Behandlung der Psoriasis allein etwas erreicht; erst eine Vereinigung beider Behandlungsarten habe ihn zum Ziele geführt; er erkläre sich aber auch das Zustandekommen der vorliegenden Form aus dem Zusammenwirken von Syphilis mit einer sonstigen Dermatose. — E. BESNIER: Es sei doch wohl nicht gut möglich, dafs eine Dermatose doppelten Ursprung habe. Er habe eine beträchtliche Zahl von Personen in Behandlung, die früher syphilitisch waren, aber bei keiner von ihnen zeigten sich gemischte Formen; auch seien die späteren Syphilide nur selten symmetrisch, während man eine Symmetrie, wie im vorliegenden Falle, gerade häufig bei Psoriasis antreffe.

HALLOPEAU: UNNA habe kürzlich hybride Formen beschrieben, bei denen man ein Gemisch von **Syphilis und Seborrhöe** fände. Hier stelle er nun eine Frau vor im zweiten Stadium der Syphilis, mit Ekzema seborrhoicum am Kinn und auf dem Kopf. Er glaube nicht an die hybriden Formen; wenn sich die Syphilis aber in den Talgdrüsen lokalisiere, so komme es zu reichlicher Drüsenabsonderung und zur Bildung von Komedonen. Der Gesamteindruck sei der eines „Syphilide lichénoide miliaire"; der Sitz in den Haartalgfollikeln.

QUINQUAUD: **Syphilitische Trigeminus-Neuralgie**. Der Schmerz hört hier zuweilen nach Jodkalium auf, meistens aber mufs man zu Atropin und Gelsemium seine Zuflucht nehmen. Derselbe Patient leidet aufserdem noch an Scabies und an syphilidähnlicher Urticaria am Rumpf. — BESNIER hat bei manchen Cephalalgien weder von spezifischer Behandlung noch von Atropin Erfolg gesehen, ist infolge-

Digitized by Google

dessen betreffs des Gelsemiums etwas zweifelhaft. — Quinquaud will keineswegs behaupten, dafs alle Cephalalgien mit seinen Mitteln heilen. — Hallopeau hält den Kopfschmerz in diesem Falle gar nicht für syphilitisch, da letztere Form niemals dem Verlauf der Nerven folgt. — Fournier: Es gäbe verschiedene Arten syphilitischer Kopfschmerzen, z. B. solche neuralgischer Natur und solche, die vom Knochen ausgehen; so käme auch im zweiten Stadium der Syphilis eine Form, zumal bei Frauen, vor, die er Cephalalgia neurasthenica nenne; diese Form sei besonders hartnäckig, dauere 2—3 Monate; am günstigsten werde sie durch Hydrotherapie beeinflufst; sie beruhe auf einer neurasthenischen, durch die Syphilis bewirkten Erkrankung des Individuums. Bekannt sei endlich auch der hartnäckige Kopfschmerz im Gefolge der syphilitischen Tabes.

Tennesson stellt einen **Tripperkranken mit Gelenkaffektionen und typischem Hydroa** (Herpes Iris Bateman) an den Händen vor. Läfst es dahingestellt sein, ob zwischen dem Ausschlag und dem Gelenkleiden ein Zusammenhang bestehe. — Besnier nimmt einen solchen Zusammenhang zwischen Tripper und Erythem an.

Türkheim-Hamburg.

Besprechungen.

Dr. L. Pfeiffer. **Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den akuten Exanthemen.**

Dieser Studie liegt das Material zu Grunde, welches durch die Sammelforschung des Allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen seit 3 Jahren gewonnen worden ist und zwar zu dem Zwecke, die Kontagiosität und das epidemische Vorkommen des Zosters, welche von verschiedenen Seiten (besonders in Frankreich und England) behauptet wurden, zu untersuchen. Die genau beobachteten 117 Zosterfälle lieferten dem Verf. weiterhin genügende Anhaltspunkte, um über die eigenartige Lokalisation dieser Krankheit, ihren Verlauf, ihre Atiologie u. s. w. zum Teil neue, zum Teil von den bisher herrschenden mehr oder weniger abweichende Anschauungen aufstellen zu können. Mit Bezug also auf den typischen Herpes zoster (unter Ausschlufs des Herpes labialis und genitalis) formuliert Verf. folgendermafsen seine Thesen:

1. Die Herpesbläschen folgen häufig ganz und gar der Richtung der Arterien. Das Ausbreitungsgebiet des Ausschlages entspricht dem Haut- resp. Kapillargebiet kleiner Arterien.

2. Die beobachteten pathologischen Veränderungen im Ganglion Gasseri, in den Spinalganglien sind nicht Ursache, sondern Folge der herpetischen Prozesse.

3. Arterien- oder Kapillarverletzungen, im Inkubationsstadium des Zosters erlitten, geben die gelegentliche Ursache für dessen lokalen Sitz ab.

4. Prodromalsymptome des Zosters, Fieberverlauf, doppelseitiges generalisiertes oder wiederholtes Vorkommen, die erworbene Immunität, das epidemische Vorkommen, die Kontagiosität, die Nachkrankheiten, der mikroskopische Befund, der lokale Heilungsprozefs u. n. a. finden ihre Erklärung durch die Einreihung des Zosters neben die Blatternformen der Infektionskrankheiten. —

Gehen wir etwas näher auf die Thatsachen ein, auf die sich Verf. stützt, so ist ganz besonders ein Faktum hervorzuheben, dafs nämlich gerade diejenige Lokalisation des Herpes, für welche das Epitheton „Zoster“ geschaffen und welche als bester Beweis für die Abhängigkeit dieser Affektion von den Nerven bisher gegolten hat,

Digitized by Google

dafs gerade diese Lokalisation sich besser deckt mit dem Verlaufe der Hautarterien, als dem der Hautnerven. Die Haut nämlich auf dem Brustbeinkörper und zu beiden Seiten desselben wird von den 6 oberen Nervi cutanei pectoris laterales versehen, welche von ihrer Durchtrittsstelle durch den M. intercostalis major und Serratus anticus major aus parallel mit den Rippen nach vorne verlaufen, während die entsprechenden Interkostalarterien der A. thoracica nicht bis zur mittleren Brustpartie gelangen, sondern hier ersetzt werden durch Rami perforantes der A. mammaria interna; — nun aber fand sich, dafs „von den 42 Fällen von Zoster pectoralis der Sammelforschung 36 auch nicht ein Bläschen auf dem Sternum oder dessen Umgebung zeigen." Jedenfalls eine sehr bemerkenswerte Thatsache.

Die sonst am übrigen Körper vorkommende Anordnung der Bläschengruppen läfst zwar nicht eine so auffällige Differenz zwischen der Annahme des arteriellen oder nervösen Ursprungs der Affektion zu tage treten, die Befunde sind aber doch auch für die Ansicht des Verf.s zu verwerten, so dafs beide Hypothesen gleiche Berechtigung haben.

Mit den akuten Infektionskrankheiten teilt der Herpes zoster in seinem klinischen Verlaufe folgende Symptome, wie sie auch bei den Berichten über die 117 Fälle verzeichnet waren: Fieber bis 39,5, mit Frost beginnend, zuweilen Delirium, Krämpfe, Benommensein, Angst, Unruhe, Erbrechen, — ferner wurde ein Prodromalerythem, wie bei den Pocken, einigemal beobachtet. Abortivformen sind in ca. 70 % der Fälle beobachtet worden, bestehend in ein oder mehreren kleinen Gruppen von 8—40 Bläschen oder Knötchen, die einer Abtrocknung innerhalb 6—7 Tagen verfallen sind. Verf. glaubt, dafs noch mehr abgeschwächte Abortivformen oft übersehen werden und dafs beim Suchen wohl noch öfter an entfernten Körperstellen vereinzelte Bläschen würden gefunden werden. Einige Berichterstatter erwähnen, dafs Prodromalrötung zur Zeit gehäufter Zosterfälle zur Beobachtung gelange, ohne Bläschenbildung, aber mit nachfolgender Neuralgie in einem Falle. Alles dies sind Eigentümlichkeiten, wie wir sie gewohnt sind, bei Infektionskrankheiten anzutreffen.

Ein Symptom, welches ebenfalls hierher gehören würde, finden wir ganz und garnicht erwähnt, wird also wahrscheinlich nicht auf den Zählkarten mit aufgeführt worden sein, nämlich die akute schmerzhafte Schwellung derjenigen Lymphdrüsen, welche die Lymphgefäfse des betroffenen Hautgebietes aufnehmen. Da dieses Symptom von einigen Autoren (Lesser u. a.) als konstantes und selbst bei den umschriebensten Zostereruptionen niemals fehlend aufgeführt wird, so sollte dasselbe künftighin auch mit in den Bereich der Statistik bezogen werden (Ref.).

Was die pathologisch-anatomischen Befunde betrifft, welche für die Hypothese des nervösen Ursprungs des Zosters sprechen sollen, so macht Verf. darauf aufmerksam, dafs wohl noch kein einziger beweisender frischer Fall zur Sektion gekommen ist; so handelte es sich nur um sekundäre Veränderungen durch Tuberkulose, Krebs, Pyämie etc., wie aus 10 aus der Litteratur zusammengetragenen Fällen nachgewiesen wird.

Neben dem epidemischen Auftreten, dem klinischen Verlaufe und der Verbreitung längs den Arterien spricht als viertes Moment für die Stellung des Zosters neben den akuten Exanthemen auch noch der mikroskopische Befund: es findet nämlich Verf. in den Reteschichten und in dem flüssigen Inhalt der Zosterbläschen, schon zu der Zeit in der der Ausschlag erst Knötchenform zeigt, spezifische noch nirgends beschriebene Zellformen, wie sie sich nach Verf. auch im Epithel und in der Bläschenflüssigkeit bei Variola, Ovine, Vaccine und Varicella neben Leukocythen von verschiedener Körnchenreaktion auffinden lassen. Sie erreichen eine Gröfse bis zu 30 μ, so dafs sie die Kapillaren nicht passieren können

Digitized by Google

sie müssen daher entweder in den Bläschen selbst erst entstanden, resp. ausgewachsen sein. Wenn einmal gesehen, sind diese spezifischen Zellformen in der Papillarschicht eines jeden Zosterbläschens leicht wieder aufzufinden.

Mit Hinweis auf die Befunde von Protozoen im Blute von Eidechsen und Vögeln denkt sich Verf. die den Zoster verursachenden Keime ebenfalls im Arterienkreislaufe kreisend und dadurch überall hingelangend. Bei der Schwierigkeit, den bevorzugten Sitz der Krankheit an der Brust- und Bauchgegend zu erklären, versagt allerdings auch diese Hypothese, ebenso wie die vom trophoneurotischen Ursprunge des Zosters — beide müssen unbekannte physiologische und anatomische Bedingungen postulieren.

Läfst nun auch diese Anschauung, dafs Zoster eine Infektionskrankheit ist, welche zur Wirkung auf die Haut durch die Blutbahn gelangt, noch vieles unaufgeklärt, so ist sie doch imstande, mehr Eigentümlichkeiten dieser Krankheit zu deuten, als die bis heute hier in Deutschland allein herrschende. —

Aufser einer anatomischen Übersicht über die Hautnerven und -arterien, mit Tafeln, enthält die Schrift noch ein Verzeichnis der neueren Zoster-Litteratur, mit besonderer Beziehung zur Ätiologie von B. Schuchardt-Gotha. —

L. Philippson-Hamburg.

L. Fischer. **Ein Beitrag zur Kenntnis des Keloids.** Inaugural-Dissertation. München 1889.

Verf. beobachtete folgenden Fall von Keloid: B., 28 Jahre, sonst gesund, bemerkte im 22. Lebensjahre an der Grenze zwischen Manubrium und Corpus sterni einen kleinen rötlichen Fleck, der sich allmählich in einen kleinen Knoten umwandelte; ein zweiter Tumor bildete sich 2 Jahre später an der Verbindungsstelle zwischen Corpus und Processus sterni, während sich zur selben Zeit aus einer im 17. Jahre entstandenen Narbe am rechten Oberarm, welche bis dahin nichts Abnormes darbot, ebenfalls ein Keloid entwickelte. Über der ganzen Brustfläche finden sich etwa 20 rundliche, linsen- bis haselnufsgrofse Geschwülste. Aufserdem auf Brust und Rücken reichliche Aknebildung, welche zur Eiterung führt, und aus deren Narben alsdann sich jene Knötchen entwickeln. Die Haut über den Tumoren rötlich-braunrot, glänzend, gespannt, Knötchen derb elastisch, mit der Haut verschieblich. Histologische Untersuchung ergab in der Cutis ein zur Oberfläche parallel, aus weifsen, dichtfaserigen Massen bestehendes Gewebe, in der Mitte des Tumors keine Papillen.

Bemerkenswert ist die Entstehung dieser Keloide aus Narben von Aknepusteln. — An der Hand deutscher und ausländischer Litteratur entwirft Verf. in dieser Monographie das Gesamtbild des Keloids in pathologisch-anatomischer und klinischer Hinsicht. Was die Einteilung der Keloide betrifft, so folgt Verf. den Ausführungen von Kohn (*Wien. med. Wochenschr.* 1871. Keloid). Beim Keloid verum, idiopathicum sind die Papillen und Retezapfen vollständig erhalten. Die Anwesenheit der Papillen und Retezapfen lehrt, dafs das Keloid im Gegensatz zur Narbe in einem vorher unversehrten Corium entsteht und kein Ersatzgebilde eines Substanzverlustes ist. Im Keloid spurium (Narben-K.) findet man in der Mitte des Tumors die Papillen nicht; unter einer dünnen Epidermisschicht sind die unregelmäfsigen Bindegewebsgeflechte der Narbe, welche das Keloid mit seinen zierlich angeordneten dichten Faserzügen rings umgeben (Kombination der Narbe mit K.).

Bei der hypertrophischen Narbe fehlen ebenfalls die Papillen aus naheliegenden Gründen. Sie greift nie über die Grundarea des vorausgegangenen Substanzverlustes

Digitized by Google

auf die angrenzende Haut über. Die Bindegewebsfasern der Narbe bilden ein viel lockereres und unregelmäfsigeres Gewebe, das in jüngeren Stadien mehr zellenreich, später mehr starrfaserig und zellenarm ist.

Wenn, wie in einem Fall von Babesiu, beim Keloid verum keine Papillen vorhanden sind, so kann dies nach Kaposi daher rühren, dafs mit der Zeit von seiten des wachsenden Tumors dieselben einer Druckatrophie verfallen.

Damit würde aber das von Kaposi so sehr betonte differential-diagnostische Moment in dem Bau des K. verum und spurium an Bedeutung verlieren, wenn es nicht gelänge auf andere Weise sich eine vollständigere und genauere Kenntnis vom Aufbau des Papillarkörpers und des epidermitalen Leistennetzes zu verschaffen, als es durch Schnitte allein möglich ist. Die Flächenbilder des Cutis und der Epidermis lassen eben leicht erkennen, ob das Verstrichensein und die Difformität der Papillen und des Leistennetzes durch zentripetal, wie bei der Narbe oder durch zentrifugal wirkende Kräfte, wie bei jeder lokalisierten Massenzunahme der Cutis, entstanden ist. (Ref).

Bei der klinischen Diagnose ist zwischen wahrem und falschem K. nur durch Berücksichtigung aller Nebenumstände zu unterscheiden, und auch dann noch nicht immer. Als therapeutisches Mittel wird am meisten die Excision verwendet, die aber nicht vor Recidiven schützt. In dem Falle des Verf. waren in einen Tumor Ergotininjektionen gemacht worden, auf welche derselbe sich anfangs bis auf die Hälfte verkleinerte, dann aber trat bei Fortsetzung dieser Therapie keine weitere Veränderung mehr ein. *L. Philippson-Hamburg.*

Aus der Praxis.

Antwort auf Frage No. 12. **Papulöses Syphilid der Handteller und gynäkologische Praxis.** Diese für den Praktiker in der That sehr wichtige Frage müssen wir zunächst schärfer definieren. Es handelt sich ja in Ihrem Falle durchaus nicht um ein allgemeines papulöses Syphilid im 1. oder 2. Jahr der Krankheit, dessen infektiöse Eigenschaft blofs für gynäkologische Zwecke auf den Handtellern paralysiert werden soll; in diesem Falle würde ich den ganz entschiedenen Rat erteilen, nicht blofs die gynäkologische, sondern jede Praxis zu unterlassen und durch eine energische mehrwöchendliche Kur das Syphilid überall, also auch auf den Händen verschwinden zu machen. — Es handelt sich aber auch weiter nicht bei Ihnen um jenes im vorigen Jahre von mir näher beschriebene Syphilid der Hände, welches als eine Kombination eines seborrhoischen Ekzems der Hände mit alter Syphilis aufzufassen ist und sich durch grofse serpiginöse Kreise, dicke Borken, immer wiederkehrende Rhagaden, hin und wieder auch durch heftiges Jucken auszeichnet. Auch in diesem Falle darf kein ärztliches Gewissen so weit sein, die gynäkologische Praxis während Bestandes des Syphilids gut zu heifsen. Wenn auch gerade dieses Syphilid von besonderer Hartnäckigkeit ist, da gewöhnlich die Doppel-Natur dieses Exanthems verkannt wird, so mufs der betreffende Kollege unter allen Umständen bis zur Heilung die gynäkologische Praxis suspendieren. Die Behandlung ist in diesem Falle aber nicht, wie im ersten, eine einfach allgemeine, sondern eine gemischte. Es müssen Einreibungen mit grauer Seife und innerlich Jodkalium gegeben werden, anderseits ist der seborrhoische Keim total zu entfernen, am besten durch Resorcindunstumschläge nachts. Wie gesagt, handelt es sich um diese Fälle bei Ihnen nicht, und uns ist noch kein Fall vorgekommen, wo bei solchen Syphiliden die obige Frage gestellt wurde.

Digitized by Google

Dagegen handelt es sich in Ihrem Falle — und es ist nicht der erste — um jene solitären, ungemein hartnäckigen Papeln der Handteller, welche noch lange nach Acquisition der Syphilis, selbst in der späteren Tertiär-Periode hin und wieder auftreten. Gewöhnlich sind dann, wie in Ihrem Falle, allgemeine Kuren ohne Erfolg versucht worden, aber das ärztliche Gewissen schweigt in den betreffenden Kollegen nicht, und sie verlangen mit Recht nach Beruhigung desselben oder wirklicher Abhilfe. In diesen Fällen ist nun die letztere gar nicht so schwer zu schaffen, und damit auch die erstere gegeben.

Derartige hartnäckige Papeln kommen nur an Hohlhänden mit dicker Hornschicht vor, sei es, daſs diese Hyperkeratose individuell veranlagt oder auf mechanische Weise, z. B. durch Druck öfter benutzter Instrumente oder anderer Gebrauchsgegenstände an einzelnen Stellen acquiriert ist.

Selbstverständlich ist die Ansteckungsgefahr gerade von diesen Stellen aus fast null; denn erstens handelt es sich um eine Spätaffektion, und zweitens ist die Möglichkeit einer Absonderung infizierter Gewebselemente verschwindend klein. Eine je geringere physische Notwendigkeit aber vorliegt, den Kontakt der Haut mit den Geburtswegen zu vermeiden, desto gröſser ist hier die moralische, da die lange Dauer und Hartnäckigkeit gerade dieser Papeln nicht im Einklange steht mit ihrer relativ unschuldigen Natur.

Die Behandlung Ihrer Affektion hat demgemäſs hauptsächlich darauf Rücksicht zu nehmen, daſs die Hände niemals durch dieselbe künstlich zu stark exfoliiert oder erodiert werden. Im Gegenteil ist es ratsam, die Hände fortwährend, wenigstens an den papulös oder tuberös (i. e. tertiär) erkrankten Stellen mit einer künstlichen Decke zu versehen, die den unmittelbaren Kontakt mit den Genitalien absolut unmöglich macht. Hierzu empfehle ich Ihnen drei Dinge: Die überfettete Sublimatseife zu andauerndem Gebrauche, den Sublimatsalbenstift und — eventuell nur vor der gynäkologischen Operation — einprozentiges Sublimatkollodium.

Da es sich in fast allen solchen Fällen um Hände mit ziemlich dicker Hornschicht handelt, so kann man den ungeniertesten Gebrauch von der überfetteten Sublimatseife machen. Während man dieselbe am Handrücken nach dem Einschäumen wieder abspült, wird man an den Handtellern den Schaum noch einmal extra einreiben und hier nur trocken abwischen, so daſs ein Rest in der Hornschicht verbleibt. Derselbe bildet nun den einfachsten Schutz gegen die Infektion durch die Hand. Denn bei Berührung mit feuchten Oberflächen ist die Seife das einzige, was sich von der Haut löst, und angenommen selbst, daſs bis dahin das Sublimat in derselben zersetzt sei, was sich bei der sauern Reaktion stark verhornter Hautpartien im allgemeinen nicht behaupten läſst, so ist der Seifenschaum doch jedenfalls aseptisch und unschuldig. Aus demselben Grunde ist die Einschäumung mit dieser Seife auch zweckmäſsig vor einer gynäkologischen Operation zu brauchen, um die Hände schlüpfrig zu machen, statt des Öls, der Vaseline etc.

In der Zwischenzeit ist das öftere Bestreichen der Knötchen mit dem Sublimatsalbenstift zu empfehlen, ebenfalls wieder sowohl, um zu behandeln als um eine Decke für die Effloreszenzen zu bilden. Derselbe läſst sich bequem in der Tasche mit auf die Praxis nehmen.

Eine noch sicherere Decke und ebenfalls gute Behandlung resultiert beim Gebrauche des 1 %igen Sublimatkollodiums. Ein stärkeres zu wählen ist nicht ratsam, damit nicht unerwünschte Abschilferungen unterlaufen.

Nur in dem Falle einer Sublimatidiosynkrasie der Hände müſste von der Seife Abstand genommen werden. Dieselbe würde dann durch die überfettete Grundseife

Digitized by Google

ersetzt, und man müfste mit dem Schutz des Schaumes vorlieb nehmen, ohne mit der Seife gerade auch behandeln zu wollen.

Selbstverständlich müfste neben dieser sehr milden und daher langdauernden lokalen Behandlung die allgemeine einhergehen. In den meisten Fällen genügt es, täglich 2 g Jodkalium nehmen zu lassen. In hartnäckigen Fällen kann man die Dosis desselben noch bedeutend steigern oder nebenher Hg-Kaliseife einreiben lassen. Übrigens finden Sie dasselbe Thema ausführlich und mehr vom theoretischen Gesichtspunkt sehr gut behandelt in einem Vortrage von Neisser, der in verschiedenen medizinischen Zeitschriften abgedruckt ist. *Unna.*

Verschiedenes.

Über die kreisförmige Exfoliation der Zunge, von Dr. A. Bayet. (*La Clinique.* 1889. Nr. 42.) Ein 19 Monate altes Kind wurde vor 7 Wochen vom Keuchhusten befallen und hat davon noch eine leichte Bronchitis behalten.

Status der Zunge: Die mittlere Partie ist vollkommen normal, etwas weifslich verfärbt. Die Seitenflächen sind gerötet und schuppen ab. Die Papillae filiformes scheinen an den abschuppenden Stellen vollkommen verschwunden zu sein. Nur die Papillae fungiformes treten etwas hervor. An der Grenze der roten abschuppenden Zone befindet sich ein weifser, 2 mm breiter Saum, welcher an den Epidermissaum eines sich soeben überhäutenden Geschwüres erinnert. Der Autor hatte diesen Status abends 6 Uhr aufgenommen. Am folgenden Tage war der Anblick ein andrer. Die Abschuppung hatte sich nach der hinteren Partie ausgebreitet, und die normale Partie war jetzt die kreisförmig begrenzende. Einige Tage später regenerierten sich die seitlichen, abschuppenden Partien allmählich, indem sie sich mit normalem Epithelüberzug zu bedecken anfingen, während an der Spitze eine neue Stelle sich bildete. Keine spontanen Schmerzen, das Kauen ist nicht unangenehm. Die Salivation ist normal. Zum Schlufs beschreibt der Verfasser die Symptomatologie der kreisförmigen Exfoliation der Zunge unter Angabe der bisher über diese nicht gerade häufige Affektion veröffentlichten Arbeiten. *Dubois-Havenith-Brüssel.*

Die Gicht und ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen, von Dr. G. Mayer. (Aus dem Sammelwerk: *Aachen als Kurort.* 30 S.) In dieser anziehend geschriebenen Abhandlung gibt V. eine Übersicht seiner in 16jähriger Thätigkeit gewonnenen Ansichten über das Wesen und die Therapie der Gicht und ihrer Komplikationen. Von dermatologischen Komplikationen der Gicht erwähnt V. Ekzeme, Psoriasis, Urticaria, Prurigo und Pruritus ani (ein Fall), ohne aber wesentlich Neues über diese Affektionen beizubringen. Einen Einfluss von Syphilis (40 Fälle von 310) konstatiert V. insofern als dieselbe einen allgemein schwächenden Einfluss auf den Organismus ausübt, und die Gicht bekanntlich mit Vorliebe nach Verletzungen und Wunden verschiedener Art zum Ausbruch kommt. *Philippi-Felsberg.*

Berichtigung.

In Heft 7 pag. 314 ff. ist irrtümlicherweise Heufieber gedruckt worden. Es mufs natürlich heifsen: **Dengue-Fieber.**

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 11. 1. Dezember 1889.

Aus den städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Ein Fall von tierfellähnlichem Naevus pilosus-mollusciformis.

Von

Dr. P. J. Eichhoff,

Oberarzt der Abteilung für Hautkrankheiten und Syphilis der städtischen Krankenanstalten zu Elberfeld.

Mit einer Tafel in Lichtdruck.

Ich nehme Veranlassung, in Kürze einen interessanten Fall von Naevus pilosus - mollusciformis in der Abbildung und Beschreibung mitzuteilen, wie er im Sommer dieses Jahres auf meiner Abteilung zur Beobachtung gelangte.

Pathologisch-anatomisch bieten ja diese Fälle keine besonderen Merkwürdigkeiten dar, insofern man bei ihnen stets lediglich normale Hautbestandteile findet, nur in hypertrophischem Maſse. Es sind daher immer reine Hyperplasien und niemals Heteroplasien, wenigstens so lange sie nicht entarten, was ja auch vorkommen kann. Denn es ist eine bekannte Thatsache, daſs Individuen, welche mit Naevis behaftet sind, wohl mehr an melanotischen Sarkomen innerer Organe erkranken, als normale; ferner, daſs die Naevi selber in späteren Lebensjahren gern in maligne Tumoren, besonders melanotische Sarkome sich verwandeln.

Doch sind das Ausnahmefälle, und als Regel müssen wir aufstellen, daſs ein Naevus eine reine Hypertrophie normaler Hautteile ist.

Die anatomischen Bestandteile der Haut können nun in verschiedenem Maſse an der Hypertrophie partizipieren.

Einmal ist es nur das Hauptpigment, welches in absonderlich groſser Menge vorhanden ist; wir haben dann glatte braune Hautflecke vor uns, die im Niveau der Haut liegen — Naevus spilus. Andre Naevi zeigen neben der Pigmenthypertrophie eine Massenwucherung von Epidermis — Naevus corneus; andre eine Proliferation von Haaren — Naevus pilosus, andre eine Vergröſserung des Papillarkörpers — Naevus papillosus s. mollusciformis, viele auch vereinigen alle diese zweifelhaften Vorzüge in sich, und so entstehen die unförmlichsten Miſsbildungen der Haut.

Digitized by Google

Alle Naevi sind angeboren, woher auch der Name stammt: Naevus-nativus.

In bezug auf die Ätiologie bestehen bis jetzt nur Hypothesen. Die am meisten plausible ist die von Baerensprungs, dafs eine im intrauterinen Lebensabschnitt vorhanden gewesene nervöse Störung die Ursache der Naevusbildung abgebe. Jedoch will mir scheinen, als ob man auch die Gefäfse bezw. eine Abnormität in den Zirkulationsorganen event. verantwortlich machen könnte für die Entstehung der in Rede stehenden Krankheitsform, da doch das normale, also auch das pathologische Hautpigment in erster Linie aus dem Blute stammt.

Hinsichtlich der Therapie so grofser Naevi, wie der unsrige, sind wir vollständig machtlos. Kleinere lassen sich natürlich mit dem Messer oder durch Elektrolyse entfernen. Ich möchte nur das eine anraten, bei so ausgedehnten Naevis stets dafür zu sorgen, dafs kein Trauma dieselben treffe, was längere Entzündung veranlafst, sowie dieselben in einem event. Falle stets völlig antiseptisch zu behandeln, da man sich wohl vorstellen kann, dafs gerade durch eine schlechte Wunde, die lange Zeit entzündliche Neigung unterhält, ein Anstofs zu malignem Zerfall oder Metastasen des an sich nicht bösartigen Gebildes hervorgerufen werden könnte.

Was nun unsern Fall selbst anbetrifft, so teilen wir ihn der Seltenheit, seiner Ausdehnung und Gröfse wegen mit.

E. H., 2 Jahre alt, wurde auf meine Abteilung im Sommer dieses Jahres wegen eines lokalen Ekzema parasitarium aufgenommen. Dasselbe war bald geheilt, jedoch zeigte der kleine Patient eine andre Hautanomalie, von der wir ihn leider nicht befreien konnten: einen enorm grofsen Naevus pilosus mollusciformis, der den Mittelkörper des Kindes wie mit einem Tierfell bedeckt erscheinen liefs.

E. H. ist der Sohn gesunder Eltern und Enkel gesunder Grofseltern. Drei Geschwister leben noch und sind gesund, zwei sind an Masern gestorben. In der Familie ist kein Fall von einem ähnlichen Hautleiden bekannt.

Abgesehen von dem in folgendem zu beschreibenden Übel ist das Kind gesund, es schreitet körperlich und geistig zwar etwas langsam, doch stetig und normal vorwärts.

Die normale Hautfarbe ist auffällig weifs, die Haare schwarz, das Fettpolster des Körpers für ein 2jähriges Kind sehr schwach entwickelt, so dafs an der ganzen Körperoberfläche ein mäfsiger Grad von Cutis laxa besteht, und man die Haut allenthalben in grofsen Falten abheben kann. Über den ganzen mittleren Körper dehnt sich ein grofser Naevus pilosus-mollusciformis aus. Vorne in der linken Parasternallinie am oberen Rand der 5. Rippe beginnend, zieht sich die obere Grenze desselben, schräg über das Sternum, absteigend bis zur rechten Mammillarlinie

Digitized by Google

einen Finger breit unter dem Rippenbogen und steigt von da nach hinten oben wieder an bis zur Höhe der rechten spina scapulae, und von da wieder nach vorne herab zur 5. Rippe. Die untere Genze befindet sich vorne am rechten Bein, 2 fingerbreit unter der Leistenbeuge, links reicht sie bis zum Knie herab, hinten liegt die untere Grenze, links in der Kniebeuge, rechts unter dem Tub. oss. isch. Auf der übrigen normalen Haut befinden sich noch gröfsere und kleinere Naevi (ca. 150) in grofser Anzahl. Sämtliche Naevi, sowohl der grofse, wie die kleinen, sind mit reichlichen braunschwarzen Haaren besetzt, die besonders an den Beinen eine Länge bis zu 4 cm erreichen.

Auf den pigmentierten Stellen befindet sich eine Menge warzenförmiger Auswüchse, die sich durch hellere Pigmentierung auszeichnen, in der Gröfse einer Linse bis zu einer Faust.

Dieselben fühlen sich schlaff an.

Dies ist die allgemeine Beschreibung des Falles, der wir zwei Photographien, eine Vorder- und eine Hinteransicht beifügen. Wir denken, dafs derselbe wegen seiner Ausdehnung das Interesse der Kollegen erregt.

Beitrag zur Frage von der Pigmentbildung in der Negerhaut.

Vortrag, gehalten auf dem Internationalen Kongrefs für Dermatologie und Syphilographie in Paris 1889

von

Dr. Morison
in Baltimore.

In meiner Heimatstadt Baltimore gibt es im Verhältnis zu der weifsen Einwohnerschaft eine sehr grofse Anzahl Neger. Man kann annehmen, dafs von den sich an den Hospitälern zur Behandlung einfindenden Fällen in runder Zahl ungefähr 25% der Negerrasse angehören.

Die Neger sind ein heiteres, leichtlebiges Völkchen, ohne grofse Sorge um Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft. Ihre Begriffe von der Moral oder der Selbstbeherrschung nach irgend welcher Richtung

Digitized by Google

sind entschieden dürftig. Essen und Trinken verschlingen sie mit Gier, und die niederen Leidenschaften überschreiten bei ihnen, einmal erregt, alle Grenzen. Sie mehren sich, so lange sie im zeugungsfähigen Alter stehen, mit Leichtigkeit, schnell und ohne Schranken. Im allgemeinen zeigen sie eine hochgradige Gleichgültigkeit in bezug auf die Umgebung, in der sie leben, mag dieselbe noch so unsauber sein.

Bei uns Amerikanern liegt der Grund dieser Mifsstände darin, dafs die ganze Rasse auf einmal plötzlich von der Sklaverei freigelassen wurde und sie somit, anstatt wie früher abhängig und fast ausnahmslos gut verpflegt zu sein, ohne weitere Vorbereitung sich gezwungen sahen, sich nunmehr ihren Lebensunterhalt selbst zu verschaffen und sich durch eigene Kraft zu erhalten. Seit dem Bürgerkriege hat die Lage der Negerrasse unausgesetzt eine sowohl ärztliche Kreise als auch Philanthropen und Philosophen in hohem Mafse beschäftigende Frage gebildet.

Infolge der absoluten Dürftigkeit, in die sie auf diese Weise versetzt wurden, sind seither viele Krankheiten unter ihnen entstanden, welche, so lange sie auf den Plantagen, wie notwendig war, gut verpflegt wurden, kaum existierten. Kranke Neger konnten nicht Arbeit verrichten und konnten auch nicht vorteilhaft verkauft werden, und schon aus diesem Grunde liefs man es sich angelegen sein, sie in gesunder Weise zu kleiden und zu nähren und sie in gesunden Behausungen unterzubringen.

Wenn wir dagegen bedenken, wie sie heutzutage in engen Hintergäfschen und in Lokalitäten, wo ganze Familien in einem einzigen Zimmer hausen, zusammengnpfercht sind, so wird es uns nicht wunder nehmen, dafs die durch mangelhafte hygieinische Verhältnisse und unzureichende Nahrung hervorgerufenen Hautkrankheiten unter ihnen weit verbreitet sind.

Histologisch betrachtet ist die Haut bei der schwarzen Rasse gröber, dicker und derber als bei dem kaukasischen Menschenstamm. Sie ist aus einem dichteren Fasergewebe zusammengesetzt; die Drüsen sind gröfser, wie auch die in der Kapillarschicht verlaufenden Nerven und Gefäfse. Die Epidermis ist dicker und von einer etwas gelblichen Farbe, was auch ein wenig zur Vertiefung der sonstigen dunklen Farbe beiträgt. Das in der untersten Schicht der Oberhaut gelegene Pigment gibt den Ausschlag über die Färbung der Haut im allgemeinen, und zwar weniger durch seine Menge, als durch die Tiefe seiner Kolorierung. Mit andern Worten, beim echten Neger ist das Pigment tiefschwarz, dagegen beim Mulatten, bei dem das Pigment in gleicher Menge vorhanden ist, zeigen die Körnchen eine hellere Farbe. Ferner finden sich in der Negerhaut weniger elastische Fasern und mehr subkutanes Fettgewebe, als bei weifsen

Digitized by Google

Menschen, und die Nerven sind zwar gröfser, aber sowohl auf äufsere wie auf innere Reize weniger empfindlich.

Bei Krankheiten, wie Vitiligo oder Leukodermie, ist der Pigmentverlust oft rapide und umfangreich, so dafs in manchen Fällen der Neger fast völlig weifs wird. Dagegen findet bei den an weifsen Völkerschaften mit Pigmentvermehrung einhergehenden Affektionen bei den Negern entweder gar keine Veränderung oder eine Pigmentverminderung statt. So hat man z. B. bei juckendem Ekzem, das von lebhaftem Kratzen gefolgt ist, am Weifsen eine Pigmentvermehrung; aber beim Neger beobachtet man nach Verletzung der Epidermis oft eine Verminderung, zuweilen sogar ein totales Verschwinden des Pigmentes. Fast alle Schorfe beim Neger sind, wenn man sie zuerst zu sehen bekommt, von matter, gelblichweifser Farbe, die für gewöhnlich erst allmählich in diejenige der Umgebung übergeht, indem die normale Färbung sich von der Peripherie zentralwärts weiterschiebt. Es sollte vielleicht nicht versäumt werden, zu bemerken, dafs in diesen Zeilen von den echten, unvermischten Negern die Rede ist, nicht von denjenigen, welche eine Beimischung von ein, zwei, drei oder mehr Teilen weifsen Blutes in den Adern haben. — Ein ferneres Beispiel, dafs dieselbe Krankheit beim Neger ein entgegengesetztes Resultat als beim Weifsen hervorbringen kann, liefert die Psoriasis, die zwar selten bei Negern vorkommt und rasch abheilt, aber weifsliche Flecke hinterläfst, die in manchen Fällen niemals wieder eine andere Färbung annehmen, so dafs man beim ersten Anblick denken könnte, es handle sich um einen Fall von Vitiligo.

Fernerhin sieht man an Stelle eines makulösen Syphilids, d. h. einer Roseola syphilitica, eine gefleckte Beschaffenheit der Haut, bei der die Flecke weifslich aussehen, nicht rot oder kupferfarben. Kongenitale, pigmentierte Mäler werden bei Negern häufig gesehen, während natürlich die „Portweinflecke" beim Neger nicht weiter hervortreten, selbst wenn daran eine dem Naevus pigmentosus der weifsen Rasse ähnliche Hautbeschaffenheit vorhanden ist.

Wie oben erwähnt wurde, liegt das Pigment in der ersten Schicht der Epidermis und dringt in gesundem Zustand nicht weiter hinauf. Es kommt indessen doch manchmal vor, dafs die Pigmentkörnchen zwischen und in die Epidermiszellen fast in deren oberste Schichten hinaufgeführt werden. Bei einem Fall von Elephantiasis Arabum[1] der Vulva, bei dem der Tumor excidiert wurde, zeigte das Mikroskop, dafs das Pigment aus seiner normalen Lage durch die Lymphräume hindurch bis hoch in die Epidermisschichten hinaufgeführt worden ist. Es läfst sich natürlich leicht begreifen, dafs eine solche Wanderung eintreten

[1] Der Verfasser in der *Philadelphia Medical News*. Apr. 23. 1887.

Digitized by Google

muſs, da wir ja wissen, daſs bei E. Arabum alle Lymphdrüsen, Gefäſse und Lymphräume bedeutend erweitert sind. Auch scheint es, als ob, während das Pigment nach Teilen, die man als fremde bezeichnen möchte, verschleppt wird, ein Ersatz durch neu gebildetes stattfindet, ein Vorgang, der zwar an und für sich anscheinend harmlos ist, aber der in gewissen Fällen zu einer Quelle bösartiger Affektionen werden kann, da ja die Ausbreitung möglicherweise auf dem Wege der Lymphgefäſse und Räume stattfindet. Der Überschuſs an Pigmentbildung bei diesem speziellen Falle, die im direkten Verhältnis zu dem in die angrenzenden Gewebe fortgeführten Pigment steht, läſst jedenfalls an derartige Vorgänge denken. Wenigstens fand keine Pigmentverminderung in dem Gebiet der normalen Ablagerungsstätte statt.

Mit der Frage, wann die Pigmentbildung beim Neger sich einstellt, d. h. zu welcher Zeit des Intra- oder Extrauterinlebens, treten wir nunmehr an die Hauptaufgabe dieser Zeilen hinan. Es ist eine sowohl bei Laien als auch bei Fachleuten allgemein verbreitete Meinung, die auch in vielen Abhandlungen verzeichnet steht, daſs die Kinder (Säuglinge) von Negereltern bei der Geburt weiſs oder wenigstens pipmentfrei seien. Kölliker sagt[2]: „Das Schleimhautpigment sowohl der dunklen als auch der europäischen Völkerschaften entwickelt sich erst nach der Geburt, aber bei den ersteren — den Negern — sind die Nagelränder, die Areola der Brustwarzen und die Genitalorgane schon am dritten Tage ungefähr pigmentiert, und am fünften oder sechsten ist die Färbung über den ganzen Körper ausgebreitet.“

Dieses Citat nach Kölliker soll doch offenbar so viel heiſsen, daſs das neugeborene Negerkind des Pigments entbehrt, und daſs fünf bis sechs Tage vergehen, ehe dasselbe allmählich erscheint. Wir müssen daraus schlieſsen, daſs auch mikroskopisch nachweisbares Pigment in der Haut des Negerfoetus nicht vorhanden ist.

Unna sagt[3]: „Es wäre sehr zu wünschen, daſs die Entstehung der physiologischen Hautpigmente einmal gründlich erforscht würde, teils weil es noch an jeder sicheren Grundlage zur Beurteilung des pathologischen Hautpigments fehlt, teils weil die Entstehung des Hautpigments ebenso wie die Entwickelungsgeschichte der Haare in ethnologischer Beziehung noch eine wichtige Rolle zu spielen bestimmt ist. Denn bekanntlich sind die gefärbten Rassen bei der Geburt noch pigmentlos, und ein genaues Studium der Art und Zeit der Pigmentbildung am Embryo und an Neugeborenen müſste wohl die Verwandtschaft der Rassen besser

[2] Kölliker, *Lehrbuch der Histologie.* pag. 94.

[3] Unna in *Ziemssens Handbuch*: Hautkrankheiten. Bd. I. pag. 114.

Digitized by Google

aufzuklären imstande sein als die bisher vergeblichen Bemühungen, hierfür die Behaarung und Färbung der Erwachsenen heranzuziehen."

Dieses Citat aus UNNAS Abhandlung beweist deutlich, dafs er glaubt, es sei der Negerfoetus und Säugling ohne Pigment, und dafs dieses erst nach der Geburt sich entwickele. Bei einer persönlichen Unterredung mit dem ebengenannten Autor hat Schreiber dieses seine (UNNAS) Aufmerksamkeit auf die somit aufgestellte Behauptung hingelenkt. Er entgegnete, er habe sie nicht aus seiner eigenen Beobachtung geschöpft, sondern sei durch Lektüre dazu geführt gewesen. Er hoffte, dafs jemand, der dazu Gelegenheit hätte und mit Negern in Berührung käme, den Gegenstand genauer prüfen würde.

LESSER sagt[4]: „Ich erinnere ferner in dieser Beziehung nur an die bekannte Thatsache, dafs die Kinder farbiger Rassen mit einer ganz weifsen Haut geboren werden, und dafs sich die ihnen eigentümliche Pigmentierung erst in der ersten Zeit des extrauterinen Lebens entwickelt."

Es scheint demnach, dafs die höchsten Autoritäten auf histologischem und dermatologischem Gebiete sich einig sind, dafs der Neger weifs auf die Welt kommt.

Der Verfasser fühlte sich durch einen Zweifel an der Richtigkeit dieser Ansicht veranlafst, eine vorläufige Nachfrage bei verschiedenen Bekannten, welche öfters Gelegenheit hatten, Negerfrauen zu entbinden, anzustellen. Die erhaltenen Antworten fielen bei vielen unbefriedigend aus, weil es ihnen niemals eingefallen war, auf die Farbe des Kindes besonders zu achten, da sie wufsten, dafs die Mutter eine Negerin war. Einige verspotteten geradezu die Idee von weifsen Negerkindern und erklärten, sie hätten schon im ersten Augenblick ihres Daseins eine völlig genügende Färbung. Verschiedene Beobachter hatten sogar weifse Mütter von schwarzen Kindern entbunden, wobei die Betreffenden angaben, dafs der Vater schwarz sei. Ein sehr erfahrener Geburtshelfer sagte mir, die Kinder von Vollnegern seien bei der Geburt „so schwarz wie Pique-Afs."

Es blieb also nur ein Mittel, um die Frage zu entscheiden: eine mikroskopische Untersuchung. Mein Assistent am John Hopkins Hospital, Dr. LORD, hatte die Geburt eines abgestorbenen, 8 Monate alten Negerkindes, dessen Vater tiefschwarz und dessen Mutter mäfsig dunkel gefärbt war, geleitet. Es wurden Schnitte aus der Haut der Arme dieses Kindes angefertigt. Man sieht unter dem Mikroskop einen unverkennbaren Streifen von Pigmentkörnchen in der untersten Schicht der Epi-

[4] Ebenda. Bd. II. pag. 161.

Digitized by Google

dermis, und es läfst sich derselbe auch mit unbewaffnetem Auge erkennen.

Bei einem andern Falle, den Dr. NEALE vom Maryland Universitäts-entbindungsinstitut uns zur Verfügung stellte, wurden Schnitte aus der Vorhaut eines Negerkindes, das in utero 36 Stunden vor der Geburt gestorben war, entnommen, und es liefsen auch diese unterm Mikroskop das Vorhandensein von Pigment erkennen. Dasselbe war allerdings nicht so deutlich wie bei den Präparaten von dem ersten Falle, da die Eltern des Kindes nicht Neger, sondern Mulatten waren.

Nach diesen Untersuchungen glaube ich behaupten zu dürfen, dafs die Kinder echter Neger nicht pigmentlos zur Welt kommen, mögen sie fürs unbewaffnete Auge ein Aussehen, welches sie wollen, darbieten. Wahrscheinlicherweise werden die allgemeine Hyperämie der Haut, das Abwaschen der Vernix caseosa und die dünne Beschaffenheit der Epidermis, welche die Gefäfse der Papillarschicht um so deutlicher erkennen läfst, dazu führen, dafs das Pigment übersehen wird, während es in Wirklichkeit dort schon vorhanden ist. Negerkinder sind also nicht weifs bei der Geburt, noch werden sie plötzlich auf einmal schwarz. Sie besitzen vielmehr eine Pigmentablagerung in der Haut zum wenigsten einen Monat vor der Geburt, was sogar mit unbewaffnetem Auge zu erkennen ist.

Das entwickelungsgeschichtliche Studium des normalen Pigments beim Neger bleibt späteren Untersuchungen vorbehalten, die, wie UNNA angedeutet hat, beim Studium pathologischer Verhältnisse von grofsem Werte sein dürften. Jedenfalls mufs man aber bei einer derartigen Untersuchung sich vollständig der Meinung entschlagen, als kämen Negerkinder weifs auf die Welt.

Frühbehandlung der Syphilis oder nicht?

Von

Professor Dr. VON DÜRING
in Konstantinopel.

In der letzten Zeit taucht wieder häufiger in der Diskussion die Frage auf: Soll man sofort nach Konstatierung eines Primäraffektes, eines Ulcus induratum, einer Primärpapel die antiluetische Behandlung

Digitized by Google

einleiten, oder soll man warten bis zum Auftreten deutlicher Sekundärsypmtome? Die Partei derjenigen, die sich für eine Frühbehandlung erwärmen, ist nicht grofs, aber es sind gewichtige Stimmen, die sich dafür erheben — wenn z. B. Neisser dafür eintritt, so wird sicherlich eine gröfsere Zahl Praktiker auf das Urteil dieser erfahrenen Autorität hin sofort nach Konstatierung eines Primäraffektes eine antiluetische Behandlung einleiten.

Im Prinzip erscheint ja die Forderung, den Ausbruch einer konstitutionellen Erkrankung zu verhindern, durchaus rationell und berechtigt.

Zu den vielen dagegen angeführten Gründen möchte ich einen kleinen, durch die Praxis gewonnenen Beitrag liefern.

Zunächst ist die Frage berechtigt, ob man denn mit absoluter Sicherheit einen Schanker als hárten oder weichen bezeichnen kann. Ich behaupte, dafs das in durchaus nicht wenigen Fällen nicht möglich ist. Die Erfahrung, die mir darin zur Seite steht, hat sich in den wenigen Monaten, die ich bis jetzt im Orient mich aufhalte, um ein ganz beträchtliches vermehrt, und sie ist um so wertvoller, als sich in den meisten Fällen mehrere Ärzte diametral widersprachen, also etwa eine nur von mir ausgehende subjektive Ansicht nicht gegen meine Angaben verwertet werden kann.

In No. 22. der *Monatshefte* 1888 habe ich in einer Arbeit: „Beiträge zur Anatomie des Penis", auf die im Sulcus coronarius befindlichen Taschen, die ich als Appendices cavi praeputialis bezeichnete, hingewiesen.

In Hamburg, wo eine aufserordentlich strenge und gut durchgeführte polizeiärztliche Überwachung der Bordelle existiert, sind Ulcera mollia, herpetische Erkrankung und Entzündungen dieser Appendices, die man den Follikulitiden und Perifollikulitiden an die Seite stellen könnte, aufserordentlich selten; die Fälle, die uns dort zur Beobachtung kamen, verdankten entweder der geheimen Prostitution ihre Entstehung, oder sie waren auswärts — besonders in Berlin — acquiriert.

Hier in Konstantinopel besteht polizeiärztliche Überwachung der Bordelle; vielleicht ist aber die Bevölkerung dieser Bordelle — Griechinnen, Levantinerinnen, Ungarinnen, galizische Jüdinnen und Deutsche — nicht so peinlich sauber, wie es die Gelegenheit zur Infektion erfordert, möglicherweise wird auch eine gröfsere Virulenz durchaus in keiner Weise spezifischer Scheidensekrete durch das wärmere Klima begünstigt — jedenfalls sind diese — ich will den Namen beibehalten — Follikulitiden und Perifollikulitiden hier aufserordentlich häufig.

Es findet sich im Sulcus coronarius glandis eine knorpelharte Induration, mit einem kleinen, oberflächlichen, wenig secernierenden Ulcus in

Digitized by Google

der Mitte. Die Anamnese läfst sehr häufig im Stich; seit 8—14 Tagen bemerkt, ist die Infektionsmöglichkeit eine so häufige gewesen, dafs von dem Termin, der vom Tage der Infektion bis zum Auftreten des Ulcus verflossen ist, keine Aufklärung zu erlangen ist.

Manchmal tritt, bei gleichbleibender Härte, ein zweites Ulcus auf — das hilft dann schon sehr zur gröfseren Sicherheit der Differentialdiagnose. Nach einer nur auf Reinigung abzielenden Behandlung heilt entweder das Ulcus und die um den „Appendix" eingetretene Entzündung, jene die spezifische Härte vortäuschende Gewebsinfiltration, Perifolliculitis, schwindet, und der Patient, welchem wochenlang keine absolut sichere Antwort gegeben werden konnte, atmet erleichtert auf. Oder aber die Infiltration geht in Eiterung über, und aus dem kleinen Ulcus wird ein recht grofses — aber die verdächtige Härte ist geschwunden.

Diese Follikulitiden und Perifollikulitiden sind durchaus zu trennen vom Ulcus molle und den herpetischen Erkrankungen. Sie sind einfach zurückzuführen auf Aufnahme eines, von nicht gonorrhoischem Fluor herrührenden, unreinen Vaginalsekretes. Die pyophoren Kokken finden in diesen Appendices eine günstige Entwickelungsstätte, und in dem umgebenden lockeren Zellgewebe ist die reaktive Entzündung eine so heftige, dafs die spezifische Härte eines Ulcus durum vorgetäuscht wird.

Klinisch unterscheiden sich die Follikulitiden und Perifollikulitiden von den herpetischen Entzündungen dadurch, dafs erstens die reaktive Entzündung eine viel stärkere ist, und dafs sie zweitens nicht, wie der Herpes, gewöhnlich in 2—3 Tagen heilen.

Vom Ulcus molle unterscheidet sich die Folliculo-Perifolliculitis dadurch, dafs fast nie tiefere Ulcerationen vorkommen, dafs ferner fast nie die Inguinaldrüsen beteiligt sind, und dafs im ganzen die Heilung — abgesehen von der Infiltration — eine raschere ist.

Ich habe eine ganze Reihe derartiger Fälle beobachtet. Aber um zu beweisen, dafs nicht etwa subjektive Gründe, geringere Erfahrung etc. mich an Stellung einer definitiven Diagnose verhindert haben, will ich nur eine kleine Reihe von Fällen erwähnen, bei denen stets die Meinungsäufserung mehrerer Ärzte vorliegt.

Einen Fall beobachtete ich in Hamburg, gemeinsam mit Herrn Dr. Unna. Wir hatten hin und wieder derartige Fälle gesehen, worauf ich ja auch in meiner oben citierten Arbeit hingewiesen habe. Kurz nach Abschlufs der Arbeit schickte mir Herr Dr. Unna einen Patienten zu, der eine derartige, durchaus einen harten Schanker vortäuschende Entzündung eines Appendix cavi praeputialis hatte. Bei mündlicher Aussprache neigten wir beide zu der Ansicht, dafs die Härte denn doch eine so spezifische sei, dafs es sich sicher um ein Ulcus durum handele. Wir haben gemeinsam den Kranken bis zu 3 Monaten nach der Erkran-

Digitized by Google

kung beobachtet. In ca. 5—6 Wochen war die Infiltration fast geschwunden, Sekundärsymptome traten aber nicht auf.

Jetzt kann ich über einige hier in Konstantinopel beobachtete, von verschiedenen Ärzten gesehene Fälle Mitteilung machen.

Im ersten Falle handelte es sich um einen jungen Bulgaren, der mir mitteilte, er wünsche meine Meinung zu wissen, da ihm 3 — mir als sehr tüchtig bekannte — Ärzte 3 verschiedene Ansichten gesagt hätten. Einer hatte im Anfang das Ulcus für ein herpetisches, ein anderer etwas später für ein Ulcus molle und der dritte (der es 3 Wochen nach dem Auftreten sah) für ein Ulcus durum erklärt. Das Ulcus selbst liefs durchaus die Diagnose eines Ulcus durum berechtigt erscheinen, die periphere Induration war so bedeutend, so spezifisch, dafs ich mich bedingungslos der Meinung des dritten Kollegen anschlofs. Und doch haben wir uns alle geirrt. Es trat Zerfall der Infiltration ein, die dann aufserordentlich rasch heilte; heute, nach 3 Monaten, sind Sekundärsymptome nicht eingetreten.

In einem weiteren Fall kam ein Patient zu mir, da sein Hausarzt bei ihm den Ausbruch der Syphilis konstatiert und eine spezifische Kur angeordnet habe; er habe einen „syphilitischen Schanker." Dem Kollegen, der diese Diagnose gestellt hatte, steht eine reiche Erfahrung zur Seite, so dafs seine Diagnose durchaus zu beachten war.

Es fand sich denn auch an dem Sulcus coronarius glandis ein Ulcus — oder eine an zwei Stellen oberflächlich ulcerierte knorpelharte Infiltration. Da der Patient die Infektionsquelle angeben konnte, liefs ich, wegen des Sitzes der Infiltration, wegen des „doppelten" Ulcus an der Diagnose Lues zweifelnd, durch den Polizeiarzt Nachfrage anstellen und erhielt die Antwort, dafs die betreffende Puella weder gegenwärtig noch früher Syphilis gehabt habe, dafs sie aber sehr unreinlich sei und an einem nicht gonorrhoischen Fluor leide.

Der Verlauf war zunächst garnicht sehr vertrauenerweckend. Die Ulcera veränderten sich weder zum besseren noch zum schlechteren, und die knorpelharte Infiltration bestand noch in der 4. Woche in gleicher Weise. Da gleichzeitig ein intertriginöses Ekzem und eine chronische Urethritis bestand, war eine geringe Schwellung der Inguinaldrüsen auch nicht für die Diagnose entscheidend. Dazu stellte sich bei dem Patienten das augenblicklich hier herrschende Denge-Fieber ein, und er war am ganzen Körper mit einem teils kleinpapulösen, teils roseolaartigem Exanthem bedeckt.

In der 5. Woche endlich klärte sich das Bild, indem in wenigen Tagen an Stelle der zwei kleinen zwei gröfsere Ulcera entstanden, die konfluierten und deren Grund sich rasch reinigte. Damit nahm auch

Digitized by Google

die Infiltration rasch ab, und der Patient ist heute geheilt und sicherlich nicht syphilitisch.

Ich könnte noch einige derartige Beobachtungen mitteilen. Aber gerade der letzte Fall scheint mir ganz besonders geeignet, die in der Überschrift gestellte Frage zu beantworten. Fast alle Syphilidologen stimmen darin überein, dafs der Ausbruch der konstitutionellen Syphilis, oder besser gesagt das Auftreten der Sekundärsymptome, durch die Frühbehandlung wohl verzögert, aber nicht verhindert wird; dafs dieselben vielleicht erst im 6. oder 8. Monat auftreten, aber durchaus nicht etwa in milderer Form. Die Fälle, in denen die Sekundärsymptome ausgeblieben sein sollen, sind sehr spärlich — und es wird es mir niemand verübeln, wenn ich dann an der Richtigkeit der Diagnose: „Luetischer Primäraffekt" vorläufig zweifle. Der Kollege, der bei unserm Kranken sofort eine antiluetische Kur einleiten wollte, hätte den vorliegenden Fall doch sicher auch unter die durch Frühbehandlung koupierten Fälle gezählt.

An eine Koupierung glaube ich — und mit mir wohl sehr viele meiner Spezialkollegen — nicht. Welche Vorteile bietet dann aber die Frühbehandlung? Gar keine. Wohl aber einen ganz gewaltigen Nachteil. Die meisten Patienten wissen sehr wohl, was es heifst, luetisch zu sein; ihre Ruhe ist hin, sie stehen stets unter der Furcht eines Recidives und scheuen sich event. zu heiraten. Im vorliegenden Falle z. B. handelte es sich nun um einen Mann, der die Absicht hatte, bald zu heiraten.

Nicht allein, dafs er, bei einiger Gewissenhaftigkeit, doch noch recht lange hätte warten müssen — er hätte doch stets oder wenigstens lange unter dem Damoklesschwert gestanden: Du bist syphilitisch. Es steht gerade jetzt ein Patient in meiner Beobachtung, der vor einem Jahre, 3 Monate vor seiner Verheiratung, ein Ulcus hatte, das für spezifisch erklärt wurde. Es wurde die Frühbehandlung eingeleitet und der Patient geheilt. Irgend welche Sekundärsymptome sind nicht aufgetreten; Patient hat geheiratet, seine Frau ist gesund geblieben, er hat ein gesundes Kind — aber der Mann ist unglücklich, weil er stets in gröfster Angst lebt, dafs sich bei ihm oder den Seinen luetische Symptome zeigen könnten; jedes unschuldige Erythem, jede Aknepustel, jedes intertriginöse Ekzem mufs begutachtet werden. Und ich bin fest überzeugt, dafs der Patient nie luetisch war, obgleich sein Hausarzt versichert, es sei gar kein Zweifel, dafs er einen „harten Schanker" gehabt habe.

Ich glaube also, dafs die Frühbehandlung der Syphilis prinzipiell zu verwerfen ist, und dafs es sich in den Fällen von Koupierung der Lues um diagnostische Irrtümer gehandelt hat; dafs besonders sehr häufig die sogenannte Primärpapel keine spezifische Papel war, und dafs es sich bei Fällen von „unzweifelhaft induriertem" Schanker zweifellos weder um

Digitized by Google

einen harten, noch um einen weichen Schanker, sondern um eine (in keiner Weise spezifische) Entzündung der Appendices cavi praeputialis und des umgebendes Gewebes gehandelt hat.

Chronisch-gonorrhoische Affektionen der Scheidenschleimhaut bei Prostituierten.

Von

Polizeiarzt Dr. Oberländer
in Dresden.

Bei Gelegenheit der Sitzungen der Sektion für Dermatologie und Syphilis auf der Naturforscherversammlung in Berlin im Jahre 1886 hatte ich zum ersten Male öffentlich meine Beobachtungen bezüglich der chronischen Gonorrhöe auf der männlichen Harnröhrenschleimhaut, wie sich dieselben bei der Untersuchungsmethode durch das Elektro-Urethroskop nach Dr. Nitze darstellen, besprochen. Alsdann habe ich zuerst in der *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis* im Jahre 1887 und 1888 eine gröfsere Arbeit darüber veröffentlicht. Weiterhin wurde von mir dieses Thema in No. 14, Jahrgang 1888 der *Monatshefte f. prakt. Dermat.* besprochen.

Im speziellen mufs ich, soweit der Inhalt der Arbeiten in Frage kommt, auch auf die vorerwähnten Stellen verweisen. Zum Verständnis der nachfolgenden Bemerkungen möchte ich daraus mitteilen, dafs ich auf Grund meiner urethroskopischen Beobachtungen und der mikroskopischen Untersuchungen, durch welche Herr Professor Dr. Neelsen auf meine Veranlassung an den Harnröhren von Leichen meine Ergebnisse kontrollierte, eine Anzahl von typischen Veränderungen und pathologischen Vorgängen als für die chronische Gonorrhöe der männlichen Harnröhrenschleimhaut charakteristisch beschrieb.

Im Laufe der Zeit ist es aufser mir auch meinen Schülern gelungen, dieselben Resultate immer wieder von neuem in vivo bestätigen zu können.

Die Kontrolle dieser Beobachtungen war und ist natürlich ebenfalls nur mit dem Dr. Nitzeschen Elektro-Urethroskop möglich, und da das Instrument damals noch sehr wenig verbreitet war, so mangelte es meinen Behauptungen mehr oder weniger immer noch an Beweismaterial,

Digitized by Google

ganz abgesehen davon, dafs man überhaupt nie genug davon beibringen kann. Es lag daher für mich nahe, nach analogen Vorgängen beim weiblichen Geschlechte zu suchen.

Im nachfolgenden will ich versuchen kurz anzugeben, wie mir dies gelungen ist.

Wenn meine Ansicht die richtige war, dafs die chronisch-gonorrhoischen Schleimhauterkrankungen immer einen bestimmten pathologisch-anatomischen Vorgang darstellen, so mufsten u. a. auch an der weiblichen Vaginalschleimhaut für die von mir aufgestellten einzelnen typischen Formen der Harnröhrenschleimhaut entsprechende Vorkommnisse zu konstatieren sein.

In meiner Stellung als Polizeiarzt von Dresden, als welcher ich verpflichtet bin, aller 14 Tage ca. 600 Prostituierte und Vagantinnen zu untersuchen, war mir für die Beobachtung gonorrhoisch erkrankter Vaginalschleimhäute reichlich Gelegenheit geboten. Da sich diese Erkrankungen, den Vorgängen auf der männlichen Harnröhrenschleimhaut entsprechend, viele Monate hinzuziehen und noch längere Zeit deutliche Spuren zu hinterlassen pflegen, so konnte ich auch den Anforderungen einer exakten Beobachtung in dieser Form bei regelmäfsiger Vornahme der polizeiärztlichen Kontrolle genügen.

Die akute gonorrhoische Infektion bildet auf allen Schleimhäuten eine deutlich umgrenzte, mehr oder weniger in der Fläche gleichmäfsig ausgebreitete Affektion. Nach Abheilung des akuten Stadiums beschränkt sie sich auf eine Anzahl von kleineren, deutlich zirkumskripten Herden. Die Erscheinung kehrt auf allen von gonorrhoischem Infektionsstoff befallenen Schleimhäuten wieder.

Es ist eine den untersuchenden amtlichen Ärzten hinlänglich bekannte Thatsache, dafs ein grofses Mifsverhältnis zwischen den nachweisbaren frischen Gonorrhöen der Prostituierten und den durch sie bewirkten gonorrhoischen Ansteckungen besteht. Auch wenn man annimmt, dafs eine grofse Anzahl der Infektionen durch von der Portio vaginalis herunterfliefsende Sekrete bewirkt werden kann, so genügt es trotzdem noch nicht, dieses Mifsverhältnis zu heben. Auch schon aus dieser Ursache glaubte ich in der Lage sein zu müssen, noch nach anderen Ansteckungsquellen und deren Modus zu suchen, und es lag sehr nahe, zunächst dafür den Scheideneingang der ansteckenden Frauenspersonen in Anspruch zu nehmen, als den Ort, wo bei der gewerbsmäfsig ausgeübten Kohabitation die stärkste Reizung und Friktion, also auch die reichlichste Gelegenheit zur Entstehung von chronisch gonorrhoischen Affektionen und infolge dessen auch zur Absonderung von infektiösem Sekret vorhanden sein mufste. Auch der Gedanke ist in den nachfolgenden Beobachtungen wohl berücksichtigt worden, dafs bei der Art

Digitized by Google

und Weise des Gewerbes einer Prostituierten die in Frage kommenden Schleimhautpartien vielfach Gelegenheit zur Entstehung von allerlei Traumen und Reizungen haben müssen, und dafs auch mit solchen Verwechselungen entstehen könnten. Dagegen spricht die stets charakteristische Form und der typische Verlauf der im nachfolgenden geschilderten gonorrhoischen Affektionen, ferner das Auftreten derselben an Personen, die oft auch an gonorrhoischen Affektionen der inneren Geschlechtsorgane zugleich litten, ebenso der Befund von Gonokokken in den fraglichen Sekreten; ferner der Umstand, dafs der Coitus mit den Inhaberinnen nachweislich gonorrhoisch infizierend wirkte und endlich, dafs eben nur eine gewisse Anzahl von Prostituierten diese erkrankten Stellen zeigt, obschon zur Entstehung der fraglichen Affektion durch Traumen u. s. w. alle Prostituierte gleiche Gelegenheit haben mufsten. Schliefslich dürfte auch die identische pathologisch-anatomische Beschaffenheit mit den gonorrhoischen Entometritiden und mit den von mir auf der männlichen Harnröhrenschleimhaut aufgestellten schon erwähnten Entzündungsformen als beweisend in die Wagschale fallen.

In der Hauptsache konnte ich zwei Hauptarten von solchen chronischen Vorgängen unterscheiden.

Die erste findet sich an den Karunkeln der Harnröhre und den myrtenförmigen Karunkeln. In geringen Graden sind es nur lange Zeit andauernde, glasig-hart infiltrierte Schwellungen der Orificiumslippen, die einen ektropiumartigen Zustand derselben hervorrufen. Weiterhin verbreiten sie sich auf das übrige Gewebe der Karunkeln und bringen dieselben unter Umständen bis zum Umfang einer Kirsche zur Hypertrophie. Die geringen Schwellungen pflegen in einigen Tagen zu entstehen, die Bildung des starken hypertrophischen Zustandes kann in ca. 1—2 Monaten nach Beginn vollendet sein. Die Geschwülste sind prall elastisch und härtlich, dem äufseren nach einer Himbeere nicht unähnlich, nur mit unregelmäfsigen gröfseren Höckern besetzt; in der Färbung erinnern sie an hydropisch geschwollene Präputial- oder Augenbindehaut. Die Lippen des Orificiums sind bei den stärkeren Schwellungsgraden stets sehr gerötet, oft durch Wochen und Monate hindurch mehr oder weniger tief ulceriert, auch finden sich häufig kleinere follikuläre Geschwüre bis zur Gröfse eines grofsen Stecknadelkopfes an der Oberfläche und an den Seiten der Karunkelgeschwulst, ebenso sieht man öfters hypertrophische Schleimdrüsen als feine rote Punkte gruppenförmig darauf gezeichnet. Diese Geschwülste können Monate, aber auch in besonders stark ausgebildeten Fällen Jahre bestehen und sich unter Umständen während dieser Zeit wenig verändern.

Die ganz allmählich vor sich gehende Rückbildung scheint durch

Digitized by Google

Resorption stattzufinden und nimmt ebenfalls längere Zeit in Anspruch. — Schliefslich bleiben eine Anzahl weifsliche, mehr oder weniger tiefgehende, strahlenförmige oder flache Narben zurück. — Eine narbige Schrumpfung der ganzen Karunkelsubstanz habe ich nicht beobachten können, im Gegenteil restieren stets kleinere, abnorm aussehende Partien an den Karunkeln, die an die vorhergegangenen Zustände erinnern.

An den myrtenförmigen Karunkeln sind die Schwellungserscheinungen verhältnismäfsig seltener und nicht annähernd so stark ausgebildet, immerhin kann man Geschwülstchen fast bis zu Erbsengröfse beobachten. — Oft ist dabei nur ein Teil, Basis oder Ende derselben, in hypertrophischem Zustande.

Im akuten oder Initialstadium finden sich aufserordentlich häufig als weiterer Beweis der gonorrhoischen Natur der eben beschriebenen Affektion an der Basis der Karunkeln ulcerierende Bartholinische Drüsenabscesse. Diese sind überhaupt auch ohne die nachfolgenden hypertrophischen Verdickungen der Karunkeln die häufigste gonorrhoische Affektion der Prostituierten. — Die Karunkularhypertrophie kann ebenfalls monatelang bestehen, jahrelang seltener. Sie bildet sich ebenso allmählich wieder zurück wie die vorher erwähnte.

Im übrigen sind alle diese noch so monströsen Schwellungen schmerzlos in ihrem Verlaufe.

Dieselbe Form der chronischen glasigen Schwellung der Lippen des orif. ext. ur. kommt auf Grund gonorrhoischer Infektion auch beim Manne vor und ist in der Regel mit starker Verengerung resp. Strikturierung desselben verbunden. — Ohne ärztliche Behandlung verändern diese Affektionen ebenfalls monate- und jahrelang kaum ihr Aussehen, und erst spät kann eine Vernarbung spontan eintreten. — Dafs bei dem von Natur weicheren Gewebe der Harnröhrenkarunkel die Entzündung zu solchen hypertrophischen Bildungen führen kann, ist erklärlich, das feste Gewebe der Glans gestattet seinerseits eine weitere Verbreitung nicht, indessen äufserlich deformiert, gewifsermafsen oben abgeplattet, erscheint dieselbe dadurch immer.

Auch auf der Harnröhrenschleimhaut finden sich bei gewissen Strikturbildungen entsprechende Veränderungen. Erstere ist dabei wie in ein starres Rohr verwandelt und hat eine glasig glänzende, schwartenähnliche Oberfläche. Sie reifst in höheren Ausbildungsgraden beim Eingehen mit dem Tubus in der ganzen Länge und Tiefe der Infiltration ein, springt wie Glas auseinander, da sie infolge der eigenartigen Entzündung vollkommen ihre natürliche Elastizität verloren hat. Auch diese Beschaffenheit hat die identische Erkrankung der Harnröhrenkarunkeln; sie ist unnachgiebig, prallelastisch. Das corpus cavernos. ur. gestattet übrigens mit seinem weichen und schwammigen Gewebe ein Übergreifen

Digitized by Google

der Entzündung von der Harnröhrenschleimhaut, so dafs man oft von aufsen in solchen Fällen die Harnröhre als derben, knorpelharten Strang fühlt. Auch ein vernarbendes Stadium hat diese Species beim Manne, welches dem der Karunkelvernarbung aufserordentlich ähnlich ist. In meinen Arbeiten habe ich diese Strikturform Urethritis glandularis hyperthrophica genannt.

Die zweite Affektion der Vaginalschleimhaut ist eine trockene, schuppende Schleimhautentzündung mit Ausgang in narbige Atrophie. Sie ist noch auffälliger wie die soeben beschriebene, identisch mit der von mir benannten Urethritis follicularis sicca.

Aufserordentlich häufig findet der untersuchende Arzt bei den Prostituierten an der Vaginalschleimhaut, und zwar mit Vorliebe an der Innenfläche der Nymphen, an der Basis der Karunkeln, zwischen denselben und auf der eigentlichen Scheidenschleimhaut, die Querleisten derselben unter Umständen überbrückend, mehr oder weniger erhabene, glanzlose, graulich gefärbte und etwas granuliert erscheinende Stellen. — Auf denselben haftet oft eine Schicht graugelblichen krümelichen Epithels, welches sich abwischen läfst. — Danach erkennt man besonders deutlich gegen die Umgebung abgegrenzt die glanzlose grauliche und granulierte Beschaffenheit der Affetionen, die übrigens auch manchmal etwas erhaben ist. —

Bei der polizeiärztlichen Kontrolle kann man viele Monate lang das fast unveränderte Aussehen dieser Affektionen konstatieren und nur allmählich, dem beobachtenden Auge fast unmerklich, vollzieht sich eine Umwandlung. — Der krümeliche Epithelbelag fällt zunächst weg, und man erkennt, dafs der betreffende Fleck sich jetzt eher etwas unter dem Niveau der Schleimhaut befindet, an Stelle der grieslichen Erhabenheit kleine, feine, punktförmige Narben aufweist und, war die Erhabenheit besonders hervorragend, so kann man späterhin auch deutlich strahlige Narbenzüge innerhalb dieses vertieften Fleckes bemerken.

Schon aus dieser kurzen Beschreibung wird es unzweifelhaft erscheinen müssen, dafs die Schleimhaut daselbst nekrotisch geworden ist. Merkwürdigerweise sieht man aufserordentlich häufig diese Narben mit unregelmäfsig geformten Pigmenthaufen besetzt, so dafs man fast sagen könnte, es wäre ein Charakteristikum derselben. Haben die nekrotischen Stellen in dieser Beschaffenheit eine Zeitlang bestanden, so verflachen sich ihre Narbenzüge, und schliefslich bleibt weiter nichts übrig, als weifsliche, glanzlose Stellen mit Pigment. Das Aussehen einer Narbe bleibt ihnen allerdings immer noch, sie stellen sich aber nur als matte, pigmentierte und etwas vertiefte Flecke dar. —

Digitized by Google

Wir haben es also mit 3 verschiedenen Stadien zu thun: erstens ein Infiltrationsstadium mit Epithelabschilferung, zweitens ein Stadium der Narbenbildung, in welchem die Schleimhaut nekrotisch zu Grunde geht und Pigmentanhäufung, und drittens das Vorhandensein einer vollkommen toten Narbe resp. das Persistieren derselben ebenfalls mit Pigmentierung.

Entsprechend dem Grade der vorher bestandenen Infiltration braucht die Vollendung des Narbenstadiums resp. die Nekrose der Schleimhaut mehr oder weniger Zeit. — Alle drei Phasen der Erkrankung beanspruchen einzeln annähernd denselben Zeitraum. Je nach der Mächtigkeit der Infektion, den adjuvantibus und nocentibus bei der Heilung, endlich nach der individuellen Disposition werden dieselben wie jede andere chronisch-gonorrhoische Schleimhauterkrankung von kürzerer oder längerer Dauer sein. Es können von Beginn bis Abschluſs der Affektionen im ganzen mehrere Monate, unter Umständen aber auch Jahre vergehen. —

Die Idendität des eben geschilderten Krankheitsprozefses mit der von mir unter dem Namen Urethritis follicularis sicca beschriebenen chronisch-gonorrhoischen Entzündung der männlichen Harnröhrenschleimhaut läſst sich folgendermaſsen begründen.

Die Urethritis follicularis sicca präsentiert sich im Elektro-Urethroskop als eine mifsfarbig graulichrote Schleimhautzone; in dieser ist die normale Längsfaltung verstrichen. Je nach der Stärke der Infiltration, welche die ganze Mucosa und unter Umständen noch deren angrenzende Gewebe einnehmen kann, wölbt sich der Schleimhauttrichter mehr oder weniger stark in den Tubus hinein. Bedeckt ist diese infiltrierte Stelle mit graulich gelblichen Epithelbröckeln. Nach Entfernung der letzteren zeigt sich die Oberfläche glatt, so daſs man die natürliche Längsfaltung der Mucosa durchscheinen sieht, erstere ist viel weniger glänzend als normal und zeigt hier und da leichte Vertiefungen zum Beweise dafür, daſs der natürliche Epithelabschilferungsprozefs gestört ist. — Im zweiten Stadium fallen zunächst die Epithelialschuppungen fort, die Oberfläche der Schleimhaut beginnt etwas glänzender zu werden, die Infiltration nimmt ab, was sich durch allmählich eintretende Längsfaltung kund gibt. Auch Narben treten auf, und zwar genau so, wie im zweiten Stadium der identischen Vaginalschleimhauterkrankung. In dieser Entwickelungsphase kann der Harnröhrenprozefs allerdings sehr lange persistieren, zweifelsohne hat derselbe viel weniger Tendenz zur spontanen Heilung, als wie der identische der Vaginalschleimhaut. Es sprechen dabei auch noch ganz andre Faktoren mit. —

Derselbe pathologisch anatomische Vorgang findet sich auch bei den chronisch gonorrhoischen Affektionen der Uterusschleimhaut. Ebenso

Digitized by Google

kann ich nicht unerwähnt lassen, dafs, wie schon eingangs erwähnt, Professor Dr. Neelsen in Dresden Untersuchungen der männlichen Harnröhrenschleimhaut an Leichen, welche an chronischem Tripper gelitten hatten, auf meine Veranlassung angestellt hat, und dafs durch dieselben die Identität dieser beiden Prozesse festgestellt werden konnte.

Jede Prostituierte — und nicht blofs die, welche den Namen mit Recht trägt — wird in der ersten Zeit ihres Gewerbes gonorrhoisch infiziert, stärker oder schwächer, aber sie wird es. Natürlich wird an denjenigen Stellen, wo der Abusus genitalium am meisten sich lokalisiert, die Heilung der akuten Affektion nicht stattfinden, sondern es wird dort eo ipso ein Reizungszustand in den Geweben persistieren und natürlich auch die Gonorrhöe dabei mit unterhalten werden. Die von unseren Erkrankungen am meisten befallenen Stellen — Basis der Karunkeln, Innenfläche der Nymphen, Harnröhrenlippen, Harnröhrenkarunkeln — sind zu gleicher Zeit die beim gewerbsmäfsigen Coitus und bei der gonorrhoischen Infektion anfangs zumeist betroffenen. —

Ein allgemeines gynäkologisches Interesse haben diese Affektionen zunächst vielleicht noch nicht. — Sie sind aber wichtig für den untersuchenden Polizeiarzt, der einen Anhaltepunkt dafür hat, ob eine Prostituierte gonorrhoisch infizieren kann oder nicht, und für das Zustandekommen der gonorrhoischen Infektion beim Manne. Der die erkrankten Prostituierten behandelnde Arzt müfste durch Auskratzen mit dem scharfen Löffel, durch Galvanokaustik und entsprechende Ätzungen (Chlorzink?) die Vernarbung der infiltrierten Stellen beschleunigen, die hypertrophischen Karunkeln abtragen u. s. w.

Noch eins möchte ich bemerken, es dürfte sehr schwierig sein, Sekrete von den fraglichen erkrankten Schleimhautstellen zu erlangen, welche beweiskräftig für ihre infizierende Natur sind. — Es ist wohl in allen Städten üblich, dafs die Prostituierten mit eben reingewaschenen Genitalien zur amtlichen Untersuchung kommen müssen, nur der langjährige und routinierte Untersucher weifs, wie sorgfältig alles da abgewischt und gereinigt wird. Bei der amtlichen Untersuchung wird man also nur ausnahmsweise Sekrete zu erlangen in der Lage sein. Ich halte aufserdem die Auffindung der betreffenden Stellen bei der Untersuchung für nicht leicht, dem ungeübten Auge des jüngeren Kollegen, der nur erst kürzere Zeit im Spezialfache thätig ist, werden überhaupt beim besten Willen die meisten Details dieser Erkrankungen entgehen, und eine Aburteilung von kurzer Hand können diese Beobachtungen nicht finden. Ich selbst weifs am besten, wie lange Zeit es gewährt hat, ehe mir alle Entwickelungsstadien der geschilderten Affektionen klar wurden. Beobachtungen, welche im Laufe eines Jahrzehntes an hunderten von Personen sich bewahrheitet haben, bedürfen einer längeren und strengeren Gegen-

Digitized by Google

kontrolle als die einiger Wochen. Das ist wohl nicht mehr wie logisch gedacht.

Es wird die Zeit kommen, wo man der Prophylaxe der gonorrhoischen Infektionen Rechnung zu tragen beginnen muſs, eine gewiſs höchst nötige, anfangs allerdings gewiſs undankbare Aufgabe. Hoffentlich ist dieselbe nicht mehr fern. Dann wird man sich des speziellen meiner Beobachtungen erinnern müssen.

In den Sitzungen des ersten deutschen dermatologischen Kongresses zu Prag in diesem Jahre wurden von Herrn Dr. JACOBI, Assistenten des Herrn Professor Dr. NEISSER, Untersuchungen besprochen, welche als Kontrolle der meinigen gelten sollten. — Ich habe damals nicht den Eindruck gewinnen können, daſs damit meine durch viele Jahre fortgesetzten Beobachtungen, die ich einer Menge Dresdner Gynäkologen gezeigt habe, damit irgendwie an Beweiskraft oder Genauigkeit verloren hätten. Um so eher erschien es mir noch nötig, an andrer Stelle in neu begründeter Form meine Erfahrungen zu publizieren und so zu einer erneuten Kontrolle derselben anzuregen.

Bericht
über die Leistungen auf dem Gebiete der Veterinär-Dermatologie in den letzten Jahren.

Von

Dr. GEORG MÜLLER,
Professor in Dresden.

(Schluſs.)

X. Dermatitis canadensis, Impetigo contagiosa, Pferdepocke (in hohem Grade kontagiöser, durch einen sehr kurzen Bacillus veranlaſster, pustulöser Hautausschlag des Pferdes, charakterisiert durch das Auftreten umschriebener Effloreszenzen in Gurten- und Sattellage).

Litteratur seit 1879:

1. Die Lehrbücher der speziellen Pathologie von RÖLL, FRIEDBERGER und FRÖHNER, DIECKERHOFF, HAUBNER-SIEDAMGROTZKY.

2. ZÜRN-PLAUT, *Pflanzl. Parasiten.* 1889. pag. 559.

Digitized by Google

3. Mans, *Annal. de Bruxelles.* 1879.
4. Axe, *Chamber of agriculture.* 1879.
5. Gips, *Berliner Archiv.* 1879. pag. 218.
6. Giel, *Adams Wochenschrift.* 1879. pag. 413.
7. Friedberger, daselbst. 1880. pag. 148.
8. Schindelka, *Österr. Vierteljahresschrift.* 1883. pag. 61.
9. Siedamgrotzky, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1883. pag. 18.
10. Dieckerhoff und Grawitz, *Virchows Archiv.* 1885. pag. 148.
11. Burke, *The Veterin.* LIX. 1887. pag. 692.

XI. Räude (Sammelname für alle durch Milben hervorgerufenen Hauterkrankungen der Haustiere).

Litteratur im allgemeinen seit 1857:

1. Die Lehrbücher der speziellen Pathologie von Röll, Dieckerhoff, Friedberger und Fröhner, Siedamgrotzky-Haubner etc.
2. Zürn, *Tierische Parasiten.* Weimar 1882.
3. Gerlach, *Krätze und Räude.* Berlin 1857.
4. Fürstenberg, *Die Krätzmilbe etc.* Leipzig 1861.
5. Mégnin, *Monographie de la Tribu des Sarcoptides psoriques.* Paris 1877.
6. Derselbe, *Les parasites et les maladies parasitaires.* Paris 1880.
7. Derselbe, *Recueil de méd. vét.* 1873, 1876, 1883 und *Bulletin de la Société central vétérin.* 1873. 1875. 1884.
8. Robin, *Memoire sur diverses éspèces d'Acariens de la famille des Sarcoptides.* 1869.
9. Zürn, *Über Milben, welche Hautkrankheiten bei Haustieren hervorrufen.* Wien 1877.
10. Kaiser, *Vorträge für Tierärzte.* 1882.
11. G. Müller, *Monatshefte für prakt. Dermatologie.* Bd. VI. 1887.

Litteratur der Räude des Pferdes seit 1867:

1. Ebersbach, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1867. pag. 72 und 1869. pag. 73.
2. Fünfstück, daselbst. 1868. pag. 84.
3. Bräuer, daselbst. 1869. pag. 73.
4. Prietsch, daselbst. 1879. pag. 143.
5. Weigel, daselbst. 1883. pag. 73.
6. Friedberger, *Münchener Jahresbericht.* 1872. pag. 47, und 1873. pag. 44.
7. Eichbaum, *Preufs. Mitteilungen.* 1873. pag. 29.
8. Mégnin, *Bulletin de la Société central vétér.* 1874. pag. 123; 1884. pag. 178.
9. Schwarz, *Adams Wochenschrift.* 1878. pag. 61.
10. Thoms, *Bad. Mitteilungen.* 1881. pag. 123.
11. Maite, *Repertorium für Tierheilkunde.* 1882. pag. 202.
12. Zahn, daselbst 1883. pag. 61.
13. Röll, *Rölls Bericht.* 1884.
14. Mörlin und Richter, *Berl. Archiv.* 1886. pag. 69.
15. Rost, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1885. pag. 70.
16. Richter und Klein, *Berl. Archiv.* 1885. pag. 101.
17. Philippi, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1886. pag. 99 (behandelt die an Sarcoptesräude leidenden Pferde mit einer Mischung aus 1 Benzin, 2 Leinöl, 3 Schmierseife; diese Seife wird am anderen Tage abgewaschen und nach dem Trocknen

Digitized by Google

wird eine Lösung von 3 Sublimat, 30 Karbolsäure, 500 Spiritus, 2500 Wasser gründlich nachgebürstet. P. erzielte auf diese Weise bei vier Pferden völlige Heilung).

18. Kolesnikow, *Petersburger Archiv für Veterinäre.* 1888 (wendete bei 200 m. o. w. hochgradig mit Räude behafteten Pferden Schwefelleberbäder [1 Pfund Kalium sulfuratum auf 1 Eimer Wasser] in der Weise an, dafs eine 2 Meter tiefe und entsprechend lange und breite auszementierte Grube hergestellt, dieselbe zu $^2/_3$ der Tiefe mit der betr. Lösung gefüllt und jedes räudige Pferd wöchentlich 2 mal 5 Minuten lang hineingestellt wurde. Nach dem jedesmaligen Abtrocknen wurde eine Naphthalin-Vaselinsalbe 1 : 4 eingerieben. Nach $1^1/_2$ Monaten war eine vollständige Heilung erzielt).

19. Walther, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1888. pag. 58 (beobachtete die Übertragung der Räude von 8 Katzen auf 2 Pferde und einen Hund).

Litteratur der Räude des Rindes seit 1873:

1. König, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1873. pag. 80.
2. Uhlich, daselbst. 1878. pag. 78.
3. Rabe, *Hannoverscher Jahresbericht.* 1875. pag. 78.
4. *Rölls Veterinärbericht.* 1885.
5. Tolstuchow, *Petersburger Archiv für Veterinärmedizin.* 1886 (behandelte 20 räudekranke Rinder mit gutem Erfolge in der Weise, dafs die kranken Stellen täglich 2 mal mit Lauge abgewaschen und danach mit Naphthalinsalbe [1 : 12 Schweinefett] eingerieben wurden).

Litteratur der Räude des Schafes seit 1867:

1. Zündel, *Journal de Lyon.* 1867.
2. Prietsch, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1868. 1869.
3. Kehm, *Repertorium der Tierheilkunde.* 1869.
4. Müller, *Pütz sche Zeitschrift.* 1875.
5. Zürn, *Adams Wochenschrift.* 1874.
6. Riechelmann, *Preufs. Mitteilungen.* 1877. pag. 96.
7. Gerlach, *Berliner Archiv.* 1877. pag. 326.
8. Schleg, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1877. pag. 83.
9. Kaiser, *Hannoverscher Jahresbericht.* 1883. pag. 110.
10. Ostertag, *Anleitung zur Erkennung und Beurteilung der Schafräude.* 1882.
11. Uebele, *Repertorium für Tierheilkunde.* 1882. pag. 202.
12. Lydtin, *Bad. Mitteilungen.* 1883. pag. 54 u. 69.
13. Schneidemühl, *Die Schafräude etc.* 1885.
14. *Rölls Veterinärbericht* 1885.
15. Dotter, *Bad. Mitteilungen.* 1887. pag. 9.
16. Lydtin, daselbst. 1887. pag. 97.
17. Röttger, *Schneidemühls Rundschau.* III. 1888. pag. 31.
18. Lies, *Tierärztliche Rundschau.* No. 7. 1886 (schlägt, da er bei der Behandlung der Schafräude mittels des Zündelschen Räudebades mehrfache Mifserfolge erzielt hatte, Sublimatbäder 1 : 500 vor. Die Schafe sollen eine Minute eingetaucht und danach eine Minute gebürstet werden).
19. Steinbach, Jacobi, Esser, Schrulle, *Berliner Archiv.* 1886. pag. 69 (berichten über Badekuren bei der Schafräude; letzterer erwähnt bei dieser Gelegenheit dafs er bei den Leuten, welche mit dem Auflösen der Karbolsäure beschäftigt waren und Wunden an den Händen hatten, bedenkliche Hauterkrankungen habe auftreten sehen).
20. Albrecht, *Adams Wochenschrift.* 1888. pag. 16 (teilt die Erfahrungen mit,

Digitized by Google

welche Schiffahrt bei der Behandlung der Schafräude mittels Creolin gemacht hat; 2 % Bäder genügten um eine Schafherde räudefrei zu machen).

21. Fröhner, *Lehrbuch der Arzneimittellehre.* 1889. pag. 199 (gibt die Methode an, welche er bei der Prüfung des Creolins betreffs seiner Wirkung auf Schafräude angewendet hat; die Schafe werden nach der Schur an den sichtbar räudigen Körperstellen einige Tage hindurch mit einem Liniment aus 1 Creolin, 1 Spiritus, 8 grüner Seife eingerieben und, nachdem so die Borken aufgeweicht sind, zweimal je 3 Minuten lang in einer 2½ % wässerigen Creolinlösung [6,5 Liter Creolin auf 250 Liter Wasser für 100 Schafe] gebadet. Das Creolinbad unterscheidet sich von anderen Räudebädern hauptsächlich durch seine Ungiftigkeit, Einfachheit und Billigkeit).

Litteratur der Räude der Ziege seit 1876:

1. Klingau, *Österreich. landwirtschaftl. Wochenblatt.* 1876. No. 38.
2. Hable, *Österreichische Vierteljahresschrift.* 1877. pag. 53.
3. Roloff, *Berliner Archiv.* 1877. pag. 311.

Litteratur der Räude des Schweines seit 1864:

1. Müller, *Österreich. Vierteljahresschrift.* 1864. pag. 86.
2. Kocourek, daselbst. 1865. pag. 32.
3. Siedamgrotzky, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1877. pag. 66.

Litteratur der (Sarcoptes-) Räude des Hundes seit 1860:

1. Pillwax, *Österreich. Vierteljahresschrift.* 1860. pag. 21; 1862. pag. 20.
2. Prietsch, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1864. pag. 76.
3. Siedamgrotzky, daselbst. 1871. 1872. 1875. 1882. 1883.
4. Friedberger, *Münchener Jahresbericht.* 1873. pag. 43.
5. Hertwig, *Krankheiten der Hunde.* 1880. pag. 285.
6. Rabe, *Adams Wochenschrift.* 1887.
7. Albrecht, *Repertor. für Tierheilkunde.* 1888. Heft 3. pag. 166 (verwendet bei der Räude der Hunde und Katzen eine Mischung aus 3 Styrax liquid., 2 Oleum Petrae und 2 Spiritus).
8. Derselbe, *Adams Wochenschrift.* 1888. pag. 16 (empfiehlt Creolin als treffliches und relativ unschädliches Räudemittel).
9. Ellenberger und Hofmeister, *Deutsche Zeitschrift für Tiermedizin.* 1888. pag. 1 (konnten in einem Falle Sarcoptesräude des Hundes mittels Hydrarg. salicylicum beseitigen).
10. Friedberger, *Münchener Jahresbericht.* 1888. pag. 88 (empfiehlt Ichthyol in 10 % Lösungen).
11. Wilhelm, Walther, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens* für 1888. pag. 82 (fanden, daſs Kresolin (Brockmann) bei Sarcoptesräude in 6, 8 und 10 % Lösungen angewendet, nur ungenügend wirkt).

Litteratur der Räude der Katze seit 1871:

1. Siedamgrotzky, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1871. pag. 81.
2. Schleg, daselbst. 1874. pag. 99.
3. Krebschmar, daselbst. 1883. pag. 73.
4. Anacker, *Tierarzt.* 1873. pag. 43.
5. Beck, *Adams Wochenschrift.* 1874. pag. 413.
6. Schwartz, *Repertorium für Tierheilkunde.* 1875. pag. 165.
7. Dockal, *Österreich. Vereinsmonatsschrift.* 1881. pag. 121.

Digitized by Google

8. Albrecht, *Repertorium für Tierheilkunde.* 1888. pag. 166 (verwendet bei der Katzenräude eine Mischung aus 3 Styrax, 2 Oleum petrae italic. und 2 Spiritus; vorher sind die Haare zu scheren und die erkrankten Hautpartien mit grüner Seife und warmem Wasser zu waschen).

9. Walther, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1888. pag. 58 (berichtet, dafs in einem Bauerngute die Räude durch 8 Katzen, welche schon einige Zeit räudig waren und auf den Pferdedecken schliefen, auf 2 Pferde übertragen wurde, so dafs genau die Stellen, welche von den Decken bedeckt wurden, die Räudeveränderungen zeigten und sich die Milben mikroskopisch nachweisen liefsen).

Litteratur der Räude des Kaninchens seit 1874:

1. Zürn, *Adams Wochenschrift.* 1874. pag. 277.
2. Möller, daselbst. 1875. pag. 337.
3. Siedamgrotzky, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1875. pag. 60.
4. Capitani, *Giornale di Pisa.* 1880.

Litteratur des Acarusausschlages des Hundes etc. seit 1872:

1. Siedamgrotzky, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1872, 75, 77, 82.
2. Friedberger, *Berliner Archiv.* 1876. pag. 22, und *Münchener Jahresbericht.* 1874 und 1878.
3. Mégnin, *Mémoire sur le Demodex folliculor.* Paris 1877.
4. Derselbe, *Les parasites et les malad. parasit.* Paris 1880.
5. Czokor, *Österreichische Vierteljahresschrift.* 1879. pag. 138.
6. Herbert, *Journal de Lyon.* 1882. pag. 591.
7. Grimm, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1884. pag. 103 (berichtet über das Vorkommen der Haarsackmilbe beim Rinde).
8. Prietsch, daselbst. 1885. pag. 85 (fand Demodex folliculorum bei einem Samburhirsche des Leipziger zoologischen Gartens).
9. Soula, *Revue vétér.* 1887. pag. 235 (heilt die Demodexräude des Hundes durch 5 täglich einmal vorgenommene Einreibungen von Oleum Terebinthinae).
10. Rabe, *Adams Wochenschrift.* 1887. pag. 73 (gelang es, 3 mit Acarusräude behaftete Hunde mittels Ichthyol völlig zu heilen).
11. Friedberger, *Münchener Jahresbericht.* 1888. pag. 88 (war von den Wirkungen des Ichthyols bei Acarusräude nicht befriedigt).
12. Zschokke, *Schweiz. Archiv.* 1888. pag. 69 (fand bei Feldmäusen einen Acarus, der von dem bei Hunden vorkommenden wesentlich sich unterschied).

XII. Sonstige Hauterkrankungen.

Litteratur der letzten 3 Jahre:

1. Henninger, *Bad. Mitteilungen.* 1886. pag. 15 (beobachtete bei einem weifs geborenen Schimmel eine Hautaffektion, welche sich dadurch dokumentierte, dafs an den äufseren Flächen beider linken Extremitäten vom Karpal- bez. Tarsalgelenk abwärts zahlreiche markstückgrofse, kahle, höher gerötete Flecke entstanden. Betreffs der Ätiologie des sich bald von selbst verlierenden Leidens liefs sich nur soviel ermitteln, dafs das Pferd 2 Tage vorher beim Pflügen eines Feldrandes mit den äufseren Flächen der linksseitigen Extremitäten das üppige Kartoffelkraut des angrenzenden Feldes gestreift hatte).

2. Tisserant, *Lyon. Journ.* 1886. pag. 25 (beschreibt eine bei mehreren Pferden an Nase, Lippen und Ohren aufgetretene Dermatitis mit nachfolgender Abschilferung der Epidermis, veranlafst durch Totenkäfer (Blaps mortisaga).

Digitized by Google

3. Elnos, *Tidsskr. f. Veter.* 1886 (berichtet über einen in Norwegen bei Rindern nicht selten beobachteten ansteckenden Hautausschlag an einem oder mehreren Fesselgelenken und in der Umgebung der Maulspalte, der mit Lahmheit, Appetitmangel und Milchabnahme einhergeht und in der Regel 2—3 Wochen dauert).

4. Laporte und Verfailie, *Bull. belg.* II. 1886. pag. 235 (beschreiben eine in der Umgebung von Léau bei Rindern, welche auf moorigen sumpfigen Wiesen weiden, auftretende Hautaffektion, die in ihren Erscheinungen lebhaft an Klauenseuche erinnert).

5. Siedamgrotzky und Born, *Deutsche Zeitschr. f. Tiermedizin.* 1886. pag. 180, und Jelkmann, *Tierärztliche Rundschau.* 1886. No. 5 (haben zahlreiche Untersuchungen über die angebliche schädliche Einwirkung des in grofsen Städten bei Schneefall verwendeten Streusalzes auf Haut und Hufe der Pferde angestellt und übereinstimmend gefunden, dafs ein nachteiliger Einfluſs in keiner Weise zu stande kommt).

6. Boer, *Holländ. Zeitschr.* Bd. 14. 1886. pag. 62 (berichtet über eine in Friesland im Winter bei Pferden, welche im Stalle stehen, an den Hinterbeinen auftretende papulöse Dermatitis mit Haarausfall, Abschilferung der Oberhaut und heftigem Juckreiz. Die Krankheit, deren Ursache unbekannt ist, hört auf, sobald im Frühjahr die Feldarbeit beginnt, und läfst sich durch Waschungen mit Schwefelleberlösung oder durch Eingeben von Acidum arsenicosum leicht beseitigen. B. glaubt, dafs das friesische Pferd infolge seiner lymphatischen Konstitution besonders für das Leiden disponiert sei).

7. Kocourek, *Ungarisch. Veterinärbericht.* 1886/87. pag. 218 (gibt eine interessante Beschreibung dreier Hauthörner; im ersten Falle safs das 14 cm lange und an seiner Basis 3 cm dicke Horn auf dem Halse eines Stieres, im zweiten Falle ging ein 33 cm langes und ca. 6 cm dickes, stark gebogenes Horn von der Nackenhaut einer Kuh aus, im dritten Falle wuchs ein grofses Horn an der Stirn einer Kuh).

8. Röbert, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1887. pag. 19 (Panaritium bei 5 Rindern, als dessen Ursache saure Gärung der Schlempe vermutet wird).

9. Dieckerhoff, *Berliner tierärztliche Wochenschrift.* 1888. pag. 141 (multiple infektiöse Zellgewebsentzündung bei einem 9 Jahre alten Arbeitspferde).

10. Röbert, *Bericht über das Veterinärwesen Sachsens.* 1888. pag. 72 (infektiöse Abscefsbildung in der Haut und dem Unterhautzellgewebe bei Rindern).

Digitized by Google

Die Kontagiosität der Lepra und die gegen dieselbe in Rufsland zu ergreifenden Mafsregeln.

Vortrag, gehalten auf dem III. Kongrefs russischer Ärzte am 6./18. Januar 1889

von

Prof. Dr. G. Münch
in Kiew.

(Schlufs.)

Man könnte mir in betreff der angeführten Facta einwenden, dafs die Übertragung der Krankheit bei weitem nicht in allen Fällen von mir konstatiert ist.

Ganz richtig! Von 226 Kranken in den russischen Ansiedelungen konnten wir blofs in 131 Fällen einen mehr oder weniger genauen Zusammenhang der Erkrankungen feststellen, in den übrigen 95 Fällen fehlt uns ein solcher.

Doch haben wir von dieser Zahl blofs in der geringeren Hälfte genauer nach den Quellen der Erkrankung gesucht und zwar hauptsächlich bei Eingewanderten, auf die wir unten noch zu sprechen kommen. In dem gröfseren Teile dieser Fälle suchten wir auch garnicht nach den Quellen, zum Teil, weil wir uns mit den negativen Hinweisen der Kranken begnügten, als wir beim Beginn unserer Forschungen ihnen noch Glauben schenkten, zum Teil aus Mangel an Zeit und Möglichkeit.

Der allgemeine und zugleich wichtigste Schlufs, zu dem ich gelangt bin, ist Ihnen demnach bekannt. Ich möchte hier nur noch einige Fragen berühren, die gleichfalls aus der Bekanntschaft mit den Familienbeziehungen der Kranken hervorgehen, zumal da diese Fragen scharf in die Augen springen und teilweise die Argumente der Antikontagionisten widerlegen. In den angeführten Tabellen finden wir Fälle vor, wo die Kranken, laut ihren Angaben, erst nach 1, 2 oder 3 Jahren nach dem Tode dieser oder jener Verwandten an der Lepra erkrankten; es finden sich auch Hinweise auf längere Zwischenräume vor, doch läfst sich in diesen Angaben nicht selten eine offenbare Lüge erkennen, die sich dadurch verrät, dafs die Krankheit Erscheinungen aufweist, die einer weit späteren Periode der Lepra entsprechen. Die in der Nähe des Elborus wohnenden Karatschaewzen haben gleichfalls das Faktum der Erkrankung an Lepra der Angehörigen von an Lepra Verstorbenen beobachtet und geben es in folgender poetischen Form wieder: „Die Seele des an der Lepra

Digitized by Google

Verstorbenen gehe behaftet mit dieser Seuche zu einem seiner Verwandten oder Freunden über." Die Thatsache, dafs wir nicht selten erst nach 1—3 Jahren nach dem Tode eines Leprösen Krankheitserscheinungen bei einem seiner Verwandten wahrnehmen, läfst sich leicht durch eine längere oder kürzere Dauer der Inkubationsperiode der Lepra erklären. Es ergeben sich aus dieser Thatsache zwei Folgerungen:

Einerseits weist uns dieses Faktum darauf hin, dafs in vielen Fällen der Beginn einer neuen Erkrankung mit der spätesten resp. Ulcerationsperiode des Vorgängers zusammenfällt.

Anderseits erklärt uns dieser Umstand eine Erscheinung, auf die auch die astrachansche Medizinalbehörde (im Jahre 1827) hingewiesen hat, eine Erscheinung, die bei oberflächlicher Betrachtung die Beweisgründe gegen die Kontagiosität der Lepra zu bestätigen scheint. Diese Erscheinung besteht darin, dafs wir nicht selten in einer Familie nur einen einzigen Leprakranken antreffen, wobei die übrigen Glieder der Familie scheinbar gesund bleiben. Schon bei meinen ersten Schritten auf dem Gebiete der Lepraforschung erweckte dieses Faktum in mir einigen Zweifel an die Kontagiosität der Lepra, und da andre ätiologische Momente mich nicht befriedigen konnten, unternahm ich auch weitere Forschungen betreffs dieser Frage. Wenn wir zugeben, dafs die Lepra hauptsächlich in ihrer späten Periode ansteckend sei, so werden wir es begreiflich finden, dafs die Erkrankungen in den Familien in vielen Fällen vereinzelt auftreten können und sogar müssen. Als ich späterhin, sobald es nur Zeit und Umstände gestatteten, immer mehrere Glieder einer Familie untersuchte, fand ich in vielen Fällen, wo sich in der Familie ein Kranker mit Erscheinungen der späten Periode befand, 1 bis 2 Familienglieder, die scheinbar gesund waren, doch bei genauerer Prüfung alle Anzeichen der prodromalen Periode aufwiesen.

Der zweite Umstand auf den ich Sie aufmerksam machen möchte, ist die vorherrschende Bedeutung des 10—20jährigen Alters beim Beginn der Krankheit.

Viele Autoren haben auf diese Erscheinung schon hingewiesen und unter andern auch Wernich, der bei dieser Gelegenheit eine Meinung ausspricht, die ich hier anführe, um Ihnen ein Beispiel wissenschaftlicher Metaphysik zu geben. Indem Wernich die Entwickelung der Lepra einer ganzen Reihe von Bedingungen der verschiedensten Natur (unter denen sowohl Nahrung, soziale Verhältnisse, als auch eine vererbte Prädisposition und sogar eine gewisse Dosis von Kontagiosität, die er aus unbekannten Gründen mit Syphilis kombiniert, eine Rolle spielen) zuschreibt, setzt er die Erkrankung an der Lepra mit der Entwickelung der Pubertät und den Evolutionen, die in dieser Periode in der Haut sowohl wie auch in einigen andern Organen vor sich gehen, in Zusammenhang.

Digitized by Google

Ich halte es hier für überflüssig diese Ansicht zu widerlegen; wir können diese Frage viel einfacher lösen, wenn wir folgende Thatsachen in Betracht ziehen.

Sobald die Krankheit bei uns in Rufsland (dasselbe kann wohl auch für Japan gelten) eine gewisse Verbreitung erlangt hat, beginnt das Volk dieselbe zu fürchten, es entsteht der Glaube an die Kontagiosität der Krankheit, was daraus zu ersehen ist, dafs in unsern russischen Ansiedelungen dort, wo die Krankheit merklich zunimmt, das Volk aus eigener Initiative die Kranken zu isolieren beginnt.

Bekanntlich ist das Gefühl der Vorsicht nur dem denkenden d. i. dem reiferen Alter eigen; Kinder und Jünglinge kennen sie nicht und kommen deshalb häufiger mit den Kranken in Berührung, selbst dann, wenn letztere isoliert sind, was noch dadurch erleichtert wird, dafs die in unsern Ansiedelungen übliche „Familienisolierung" den Kranken blofs nach den Nebengebäuden, auf den Hinterhof entfernt. Dieses läfst sich durch folgende Hinweise bestätigen: das Mädchen Lukin bemerkt eine isolierte kranke Nachbarin; die Mutter der Kinder Babak trifft letztere häufig im Bette ihrer mit Lepra behafteten Grofsmutter an; die Mädchen Kolessnikow und Wetschalow besuchen gleichfalls ihre isolierten kranken Anverwandten; der Knabe Erawtschenkow spielt mit Altersgenossen im benachbarten Hause, wo die ganze Familie — 2 Brüder und 3 Schwestern — an Lepra leiden; der Knabe Ssundiew ifst von den Speiseresten seiner leprakranken Grofsmutter; der Knabe Rjedkin läuft zu der im Garten isolierten Dorschow, die ihn liebkost und mit Birnen traktiert. . . . Alle diese Thatsachen sind vollständig authentisch, da sie teils auf Angaben der erkrankten Kinder selbst (die weniger als Erwachsene ihre Beziehungen zu Kranken zu verheimlichen suchen), teils auf Angaben ihrer Eltern beruhen.

Die häufigen Erkrankungsfälle im Alter von 10—20 Jahren stehen in engem Zusammenhange mit einem andern Faktum: den häufigen Erkrankungen von Geschwistern. In der That! Die Gesamtzahl der uns bekannten Leprafälle (sowohl Kranker wie auch Verstorbener), die sich auf Familienerkrankungen beziehen, beläuft sich auf 254. Von dieser Zahl kommen 115 auf Geschwister (Brüder und Schwestern) oder über 45 % sämtlicher Fälle in Familien. Wenn wir diesen Umstand erwägen, und anderseits die nahen Beziehungen, die zwischen Kindern oder Halbwüchslingen, Brüdern und Schwestern bestehen, und die diesem Alter eigentümliche Unvorsichtigkeit in Betracht ziehen, — brauchen wir da noch zu metaphysischen Erwägungen unsere Zuflucht zu nehmen, um eine Erscheinung zu erklären, die ohnehin uns klar vor Augen liegt?

Vom angeführten Standpunkt aus wird es auch begreiflich erscheinen, weshalb wir Erkrankungsfälle unter Kindern nach ihren Eltern häufiger

Digitized by Google

antreffen, als das umgekehrte Verhältnis; verständlich werden uns auch solche Fälle sein, wo die Krankheit von den Grofseltern, mit Umgehung einer Generation, auf die Enkel übergeht, wie wir es in einigen Fällen in der Alexander-Staniza sehen. Ohne Zweifel könnten solche Fälle — wenn wir keine Hinweise darauf hätten, dafs die Erkrankungen successiv erfolgten — von den Verteidigern der Erblichkeit der Lepra mit Erfolg exploitiert werden, indem sie solche Fälle als Beispiele anführen würden, wo die Krankheit, mit Umgehung der zweiten Generation, sich auf die dritte vererbt.

Ich möchte an dieser Stelle noch einer Thatsache Erwähnung thun, welche von den Antikontagionisten als ein sehr schwerwiegendes Argument gegen die Kontagiosität der Lepra angeführt wird, ich meine das seltene Vorkommen solcher Fälle, wo beide Glieder eines Ehepaares erkranken — ein Argument, welches allerdings in anbetracht der Ehebeziehungen uns schwerwiegend vorkommen könnte. Wir unsrerseits stellen das Faktum (der verhältnismäfsig seltenen Erkrankung beider Eheleute) nicht in Abrede, doch bei genauerer Untersuchung dieser Erscheinung läfst sie uns durchaus nicht wunder nehmen. Die Sache verhält sich nämlich folgendermafsen: Beinahe in den meisten Fällen (vorausgesetzt, dafs wir es mit noch jungen Eheleuten zu thun haben) sehen wir entweder, dafs die Frau ihren kranken Mann verläfst, oder der Mann die mit Lepra behaftete Frau aus dem Hause weist; nicht selten beklagten sich die Männer in solchen Fällen über ihre Lage und richteten dabei an mich die Frage, ob sie nicht bei der Obrigkeit um Ehescheidung nachsuchen könnten, da sie von der Geistlichkeit zurückgewiesen werden.

Was den Mann anbetrifft, so wissen wir ferner, dafs bei weit vorgeschrittener Krankheit und besonders in der regressiven Periode, der Mann impotent wird — das Eheleben reduziert sich folglich auf ein blofses Zusammenleben unter demselben Dache, weshalb auch der Fall eintreten kann (der auch thatsächlich von mir beobachtet worden ist), dafs in einer solchen Familie von dem kranken Manne sich nicht die Frau influiert (die seit Erkrankung des Mannes das Ehebett mit ihm nicht mehr teilt), sondern irgend ein bei ihnen einquartierter Liebhaber der Frau. Anders verhält es sich mit dieser Frage, wenn bei einem Ehepaar die Frau an der Lepra erkrankt, da von einer Impotenz hier nicht die Rede sein kann. In dieser Beziehung konnte die alte, erfahrene Hebamme Issa Kepkejewa (aus Karatschai) recht gehabt haben, als sie mir mitteilte, dafs nach ihrer Beobachtung „weit häufiger der Mann von der Frau sich infiziere, als die Frau vom Manne.“ Facta, die die Ansicht der Kepkjewa bestätigen, kann ich zwar nicht aufweisen, doch sind ihre Hinweise sehr glaubwürdig. Jedenfalls kann man zu-

Digitized by Google

geben, daſs eheliche Beziehungen zwischen einem gesunden Manne und einer kranken Frau bestehen (ich weiſs sogar von einem solchen Falle), jedoch nur in der Frühperiode der Lepra; späterhin, wenn sich bereits Marasmus, Ulcerationen, Mutilationen etc. einstellen — folglich in der Periode, die nach unserer Meinung am meisten ansteckend ist — sind eheliche Beziehungen wohl kaum denkbar.

Bei Würdigung der Erkrankungsfälle unter Eheleuten müssen wir endlich auch die Erwägungen in Betracht ziehen, die wir bei Gelegenheit vereinzelter Erkrankungsfälle in Familien ausgesprochen haben, nämlich: wenn wir im gegebenen Augenblicke in einer Familie nur den Mann, oder nur die Frau krank finden, so können wir daraus noch keinerlei Schlüsse ziehen. Als Beispiel möge folgendes gelten: Wenn mich der Zufall im Jahre 1881 oder 1882 nach Akssai geführt hätte, so würde ich, in betreff der Familie Grekow, in meine Papiere folgendes eingetragen haben: „Grekow, die Frau leidet an der Lepra, ihr Mann ist gesund"; im Jahre 1883 muſste ich auch den Mann als krank verzeichnen. Da nun Grekow beinahe 70 Jahre zählt, so konnte er leicht auch früher sterben, ehe er noch an der Lepra erkrankte. Um mit den Familienbeziehungen abzuschlieſsen, muſs ich noch eine Bemerkung machen.

In den angeführten Tabellen ist eine Reihe von Erkrankungsfällen aufgenommen, die vereinzelt in Familien auftraten. Wenn wir die Zahl der gesund gebliebenen Glieder der Familien mit der Zahl der Erkrankten nebeneinander stellen, so bekommen wir ein Verhältnis, das die Kontagiosität der Lepra auf den Grad einer seltenen Zufälligkeit reduziert. Dabei muſs man jedoch folgendes im Auge behalten:

Über den Grad der Kontagiosität der Lepra läſst sich unmöglich urteilen, wenn man bloſs über Beobachtungen in unseren russischen Ansiedelungen verfügt. Wie erwähnt, hat hier stets der gesunde Verstand des Volkes, sobald merkliche Verbreitung der Krankheit eintrat, die Erkrankten von den Gesunden getrennt und somit die Möglichkeit neuer Erkrankungen auf ein Minimum reduziert. Anders verhält es sich beim ersten Ausbruch der Lepra, wo sie der Bevölkerung noch fremd ist, oder dort, wo das Volk infolge seiner niederen Kulturstufe sich passiv zur Krankheit verhält. Den ersten Fall sahen wir in unseren Ansiedelungen (im Astrachanschen Gouv., in der Staniza Tambowka trat die Krankheit zu allererst in der Familie Satansky auf, die auch vollständig ausstarb; dasselbe Loos teilte auch die Familie Sselin in der Alexander-Staniza, im Terskschen Kreise). Den zweiten Fall finden wir in Karatschai, wo (wie mir viele Karatschaenzen mitteilten) das Aussterben ganzer Familien an der Lepra gar keine seltene Erscheinung ist, wobei an eine Isolierung der Kranken noch niemand gedacht hat.

Digitized by Google

Ich gehe jetzt zum dritten und zugleich letzten Punkt — der Erkrankung der Herkömmlinge (Einwanderer) — über.

Das Faktum der Erkrankung der Herkömmlinge spielt in der Frage über die Ätiologie der Lepra eine bedeutende Rolle, das dieses Faktum schon an und für sich die Bedeutung der Erblichkeit der Krankheit, wenn auch nicht vollständig annulliert, so doch um ein bedeutendes verringert. Wenn wir von der Erkrankung der Herkömmlinge sprechen, müssen wir zwei Zufälligkeiten im Auge behalten: 1. wenn die Herkömmlinge sich bloſs temporär auf dem Verbreitungsgebiete der Lepra aufhalten, worauf sie in ihre Heimat zurückkehren; 2. wenn diese Herkömmlinge am neuen Orte verbleiben (und ihre Heimat nicht wieder aufsuchen). Über die ersteren, d. h. über die interimistischen Herkömmlinge, über die Möglichkeit ihrer Erkrankung und deren Folgen, werde ich nicht sprechen, da ich mich darüber in einem offenen Briefe an den hochgeachteten Redakteur der Zeitung *Wratsch* bereits ausgesprochen habe. Ich will mich bloſs bei der zweiten Kategorie von Herkömmlingen, über die ich genauere Kenntnisse besitze, aufhalten. Von 226 Kranken in unseren russischen Ansiedelungen können bloſs 140 (und das noch mit einiger Vorsicht) zu örtlichen Ureinwohnern gerechnet werden; die übrigen 86 Personen, d. h. 38 %, sind Herkömmlinge. Dabei gehören aus dieser letzten Zahl 50 Personen oder 22 % zur 2. oder 3. Generation, d. h. zu solchen Familien, deren Eltern und Groſseltern sich in Süd-Rulsland niedergelassen haben; die übrigen 36 Personen (16 %) sind selbständige Einwanderer.

Auf diese Weise sehen wir, daſs die Zahl der Kranken, die frei von jeglicher vererbten Prädisposition sind, recht groſs ist. Die zweite Frage, die uns in betreff der Herkömmlinge einiges Interesse bietet, ist die Quelle ihrer Erkrankung.

Wir übergehen hier die 2. und 3. Generation der Herkömmlinge: die Quelle ihrer Erkrankung ist dieselbe, wie die der Ureinwohner, mit denen sie ein unteilbares Ganze bilden. Weit mehr Interesse bietet uns die Erkrankung der selbständigen Herkömmlinge, die, je nach ihrer Lage, in 3 Gruppen zerfallen.

Die erste Gruppe (aus 16 Personen) ist bereits in verwandtschaftliche Beziehungen mit den örtlichen Einwohnern getreten. Hier besitzen wir in 6 Fällen Hinweise auf die Quelle der Erkrankung: in 3 Fällen ging der Erkrankung des Herkömmlings die Erkrankungs des Sohnes oder der Tochter voraus; in einem Falle die Erkrankung des Mannes; in zwei Fällen der Anverwandten des Mannes.

Die zweite Gruppe (aus 18 Personen) gehört dem Arbeits-Proletariate an. In 3 Fällen dienten als Quelle der Erkrankung dieselben Familienbeziehungen (in einem Falle der Sohn eines Eingewanderten, in zwei Fällen

Digitized by Google

die Brüder — gleichfalls nicht einheimische Einwohner), ferner in einem Falle, auf den ich bereits hingewiesen, ging der Erkrankung des Herkömmlings die Krankheit des Mannes einer Geliebten dieses Herkömmlings voraus, und endlich in einem Falle die Krankheit der Wirtin. In 13 Fällen blieb die Quelle unbekannt.

Könnte man wohl noch zweifeln — in diesen, wie in andern Fällen, wo der Ursprung der Krankheit unbekannt bleibt — an der Möglichkeit der Erkrankungen, die auf zufälligen Beziehungen und Verbindungen beruhen! Ein Herkömmling, dem die Krankheit fremd ist, kann eine derartige Quelle nicht kennen, oder vergessen, oder endlich aus persönlichen Interessen verheimlichen. Eine Hindeutung auf solche zufällige Krankheitsquellen sehen wir in den beiden letzten, von uns angeführten Erkrankungsfällen unter Herkömmlingen[12]; wir haben oben darauf hingewiesen, wie sorgsam ein gewisser SSUSCHTSCHEWITSCH die Quelle seiner Erkrankung zu verheimlichen suchte, ohne zu vermuten, dafs wir bereits alles wufsten; er that das augenscheinlich aus Angst, dafs, sobald die Kontagiosität seiner Krankheit bekannt wird, er seine Stelle als Weichensteller bei der Eisenbahn verlieren könnte.

Unter solchen mannigfaltigen Krankheitsquellen mufs ich Sie noch auf eine aufmerksam machen, die auf folgender Thatsache beruht: Die Mehrzahl Lepröser aus dem Arbeitsproletariat fand ich im Astrachanschen Gouvernement; die meisten von ihnen teilten mir mit, dafs sie vor ihrer Erkrankung in Fischerdörfern gearbeitet haben. Mir selbst ist eine leprose Familie bekannt, die in der Nähe solcher Arbeiteransiedelungen wohnte. Es ist sehr wahrscheinlich, dafs solche Fischerdörfer und ähnliche Orte, wo sich Arbeiter in grofser Anzahl versammeln, wenn nicht in allen, so

---

[12] Analoge Fälle — Erkrankungen unter Arbeitern bei ihren an Lepra leidenden Wirten — sind mir aus demselben Süd-Rufsland von 2 Personen mitgeteilt worden. Den ersten Fall teilte mir Dr. ROSHDESTWENSKY (aus Krassnojarsk) mit: In der Familie MUCHATSCHEW, die eine ganze Reihe Lepröser aufweist, wohnte als Arbeiterin eine Tatarin (in den tatarischen Ansiedelungen des Astrachanschen Gouvernements gibt es keine Lepra: die Tataren kommen mit den russischen Ansiedelungen fast garnicht in Berührung) mit ihren zwei Kindern; die Tatarin bediente die kranke ULJANA MUCHATSCHEW, die ein apartes Stübchen bewohnte; die Kinder weilten beständig bei der kranken Frau, bei der sie auch afsen und tranken; beide Kinder erkrankten an der Lepra. Den zweiten Fall teilte mir Dr. BIRJUKOW mit. Der aus dem Poltawschen Gouvernement gebürtige POTAP PRIBLUDA siedelte in die Nowonishestebleewsche Stanize (im Kubanschen Gebiet) über und trat auf einer Fischereifabrik in Dienst; der Verwalter dieser Fabrik — GRETSCHANOWSKY — litt an der „Krimka", d. h. Lepra. Zu „seinem Unglück" erwarb sich PRIBLUDA die Zuneigung des Verwalters, und da letzterer aufserdem an der Trunksucht litt, lud er häufig den PRIBLUDA zu sich ein, traktierte ihn mit Speise und Brantwein, wobei sie stets aus ein und demselben Glase tranken; trotz des Abscheus, den PRIBLUDA gegen den Kranken empfand, mufste er sich, aus Furcht seinen Patron zu beleidigen, diese Bewirtung gefallen lassen (eine gewisse Böswilligkeit zeigt sich bei Leprösen nicht selten; auf sie weist auch KOSLOWSKY hin, und mir selbst sind nicht selten darüber Mitteilungen zugegangen). Diesen Beziehungen schreibt auch PRIBLUDA selbst seine Krankheit zu.

Digitized by Google

doch in vielen Fällen den Ausgangspunkt zufälliger Erkrankungen bilden können.

Die dritte Gruppe endlich steht, in bezug auf die Lage der Kranken, ganz vereinzelt da. Ich rede von der Erkrankung zweier Geistlichen (ich kenne noch einen 3. Fall, der aber in meine Verzeichnisse nicht aufgenommen ist). Beide Geistliche sind Emigranten aus gesunden Gegenden Rufslands: der eine aus dem Ssaratowschen, der andre aus dem Kalugaschen Gouvernement gebürtig. Es kann kaum bezweifelt werden, dafs die Erkrankung dieser Geistlichen einer Infektion bei Ausübung ihres Amtes zuzuschreiben ist, da letztere nicht selten die Wohnungen Lepröser besuchen mufsten, die häufig geradezu in Schmutz vergehen wollten; ich glaube diese Erkrankungsfälle mit vollem Rechte einem der beliebtesten Argumente der Antikontagionisten — dafs die in Leproserien angestellten Personen niemals (?) an der Lepra erkranken — entgegenstellen zu dürfen. In der That! Geben wir zu, dafs die in Leproserien Dienenden nie oder wenigstens selten erkranken. Doch wer von uns, geehrte Anwesende, hat häufige Erkrankungen an Syphilis unter den Ärzten oder dem Dienstpersonal syphilitischer Spitäler, oder gar unter Weibern, die Wäsche von Syphiliskranken waschen, beobachtet? Wer von uns hat anderseits nicht Fälle beobachtet, wo ganze Bauernfamilien an Syphilis — selbstverständlich acquirierter — erkrankten? Dennoch kam im ersten Falle niemand von uns zum Schlusse, dafs Syphilis nicht ansteckend sei.

So auch im gegebenen Falle: alles läfst sich auf die Einrichtung jener Behausungen zurückführen in denen die Leprösen sich aufhalten; in einem Falle haben wir es mit wohleingerichteten und rein gehaltenen Leproserien, im andern Falle mit den in Schmutz geradezu versinkenden Wohnungen unserer Leprösen zu thun.

Von den Thesen, die die Wissenschaft in der Leprafrage aufgestellt, möge an dieser Stelle noch eine Erwähnung finden: ich meine den parasitären Charakter der Krankheit. Hier will ich Ihnen nur kurz folgendes sagen: Auf Grund direkter Beobachtungen bin ich zur Überzeugung gelangt, dafs die Lepra ansteckend ist, und zwar nicht deshalb, weil Leprabakterien entdeckt sind, sondern umgekehrt — glaube ich an die Bedeutung der Leprabakterien, weil ich von der Kontagiosität der Lepra überzeugt bin. So weit mir bekannt ist, war auch Armauer Hansen schon Kontagionist, ehe er noch die Leprabakterien entdeckte, und zweifellos suchte er nach diesen Bakterien, von der Überzeugung ausgehend, dafs die Krankheit kontagiös sei.

Ehe ich meinen Vortrag schliefse, geehrte Anwesende, mufs ich noch zwei Fragen berühren: Was haben wir zu befürchten, wenn man gegen die Lepra in Rufsland nicht die nötigen Mafsregeln ergreifen

Digitized by Google

wird? und ferner, welche Mafsregeln mufs man gegen diese Krankheit ergreifen?

Die erste dieser Fragen steht in engem Zusammenhange mit einer andern Frage: Wächst die Zahl der Leprakranken in Rufsland, oder nicht?

Wir sind nicht in der Lage auf diese Frage eine direkte Antwort zu geben, da wir keine genauen Ziffern über die Anzahl der Leprakranken nicht nur für ganz Rufsland, sondern nicht einmal für die einzelnen Verbreitungsgebiete der Krankheit besitzen; um aber auf die gestellte Frage zu antworten, sind solche Ziffern, und zudem für eine Reihe von Jahren erforderlich. Unser Wissen in dieser Frage beschränkt sich auf folgendes: Die Lepra ist in den von mir angeführten Orten Süd-Rufslands anzutreffen, ferner in den Ostseeprovinzen, wo auf Initative des Prof. WAHL dessen Schüler auch die geographische Verbreitung der Lepra in diesen Provinzen erforscht haben; endlich besitzen wir — dank Dr. PETERSEN — Hinweise auf einige Leprafälle in Petersburg.

In Ermangelung von Daten über die Gesamtzahl der Leprakranken können wir uns, zur Beantwortung unserer Frage, blofs einzelner Hinweise bedienen.

Von diesen letzten möchte ich die Mitteilungen des Dr. BIRJUKOW (eines meiner Schüler) erwähnen; BIRJUKOW hat nämlich in der Nishnesteblejewschen Staniza im Kubanschen Gebiete nach Kirchenscheinen statistische Daten über die Zahl der an diesem Orte an Lepra Gestorbenen von dem Jahre 1842 bis 1886, d. h. für 45 Jahre gesammelt.

Ich lasse hier diese Ziffern in 5jährigen Zeiträumen folgen:

in	den	Jahren	1842—46	12 Personen
„	„	„	1847—51	8 „
„	„	„	1852—56	11 „
„	„	„	1857—61	10 „
„	„	„	1862—66	10 „
„	„	„	1867—71	15 „
„	„	„	1872—76	17 „
„	„	„	1876—81	23 „
„	„	„	1882—86	21 „

Diese Zahlen sind zwar nicht genau, da, wie BIRJUKOW selbst angibt, viele Lepröse nicht als solche auch in die Kirchenscheine aufgenommen worden sind; dennoch läfst sich aus diesen Zahlen eine Vermehrung der Leprösen (beinahe um das Doppelte) ersehen. Doch geben die Zahlen BIRJUKOWs blofs die absolute Vermehrung an, da der Zuwachs der Bevölkerung in diesen 45 Jahren unbekannt bleibt.

Meinerseits kann ich, auf meine eigene Erfahrung gestützt, folgendes sagen: in einigen Ansiedelungen nimmt die Lepra ab, in andern nimmt

Digitized by Google

sie zu; gleichzeitig unterliegt es keinem Zweifel, dafs die Lepra in immer neuen Ansiedelungen (dort wo man sie früher nicht kannte) auftritt, und dafs man im allgemeinen weniger das Zunehmen der Krankheit in einer gegebenen Ansiedelung (da die Bewohner unwillkürlich Isolationsmafsregeln ergreifen werden, die zweifellos die Zahl der Erkrankungen verringern) als vielmehr die Verbreitung der Krankheit auf Nachbargebiete und — wie man a priori zugeben kann — Verschleppungen der Krankheit in gesunde Gegenden Rufslands befürchten mufs. Dafs die Lepra nur sehr langsam sich verbreitet, ist selbstverständlich, wenn man berücksichtigt, was ich über den zeitlichen Zwischenraum, der zwischen einer Erkrankung und der darauf folgenden besteht, gesagt habe. Man kann mit ziemlicher Gewifsheit voraussetzen, dafs in einer Ansiedelung, wohin die Lepra verschleppt worden ist, die Krankheit erst nach 30, wenn nicht mehr, Jahren eine merkliche Verbreitung erlangen wird.

Allein, wie dem auch sei — ob die Krankheit sich weiter verbreitet, oder nicht — gleichviel, sie besteht einmal. Ihrer Natur nach gehört sie zu den schwersten und widerwärtigsten Krankheiten. Ihren Eigenschaften nach, die wir unsererseits auf Grund gesammelter Thatsachen bestimmt haben, ist sie eine kontagiöse Krankheit. Die einzige Mafsregel gegen eine kontagiöse Krankheit ist — die Sonderung der Kranken von den Gesunden. Das Volk wendet diese Mafsregel aus eigener Initiative an, jedoch in einer Form, die nicht vollkommen zweckentsprechend ist, da die „Familienisolierung“ — wo der Kranke auf einen Hinterhof untergebracht wird — keine genügende Garantie dafür liefert, dafs nicht Kinder und überhaupt sorglose und unreinliche Leute, deren es in unseren Ansiedelungen nicht wenige gibt, und noch mehr Herkömmlinge, denen die Krankheit fremd ist, infiziert werden könnten. Die in den Kosaken-Stanizen üblichen Mafsnahmen — die Dorf-Isolierung: besondere Räumlichkeiten für Lepröse aufserhalb der Ansiedelungen (1—2 Werst von denselben entfernt) — erwiesen sich hingegen als vollkommen zweckentsprechend. Wenn wir Gesagtes in Betracht ziehen, können wir nichts Besseres thun, als eben diese letzten Mafsregeln anempfehlen, die mehr als andre dem Wunsche und der Gesinnung (wenn man sich so ausdrücken darf) des Volkes entsprechen und gleichzeitig auch in ökonomischer Hinsicht die günstigsten sind. Zentrale Anstalten sind meiner Meinung nach unvorteilhaft: sie werden zu weit von den einzelnen Krankheitsherden gelegen sein, und der Transport der Kranken in diese Anstalten wird folglich auf Widerstand, sowohl von seiten der Kranken selbst, wie ihrer Angehörigen stofsen und zur Verheimlichung von Erkrankungsfällen führen. Ohne auf die Einzelheiten der Organisation solcher Anstalten einzugehen, möchte ich nur noch die Hoffnung aussprechen, dafs bei zweckentsprechender Einrichtung und Führung der Sache die Lepra

Digitized by Google

in 30—40 Jahren (Maximum) in Rufsland verschwinden wird und allenfalls nur noch in Karatschai bestehen wird, wo die Sorglosigkeit des Volkes, seine niedrige Kulturstufe, die systematische Einführung von Gegenmafsregeln erschweren wird.

Wir unsererseits können viel zur zweckmäfsigeren und humaneren Einrichtung solcher Anstalten beitragen, wenn wir Teilnahme für diese Kranken in der Gesellschaft wachrufen und somit auch materiell der guten Sache zu Hilfe kommen.

Der russischen Gesellschaft kann am allerwenigsten Mangel an Humanität und Freigebigkeit zum Vorwurf gemacht werden, und ich zweifle nicht im geringsten, dafs die Gesellschaft diesen Unglücklichen zu Hilfe kommen und für sie Asyle errichten wird, die besser mit dem Gefühle der Menschenliebe harmonieren, als jene elenden Viehställe, in welche die Familie aus Not nicht selten eines ihrer teuersten Glieder verbannt.

Ich habe geendigt! doch möchte ich zum Schlusse noch ein Faktum berühren, das unlängst die wissenschaftliche Presse mitgeteilt, ich spreche — über einen erfolgreichen Inokulationsversuch der Lepra, den Dr. Arning auf den Sandwichsinseln an einem zum Tode verurteilten Verbrecher ausgeführt hat.

Dieses Faktum hat für mich dieselbe Bedeutung, wie auch jene Menge unzweifelhafter, wenn auch nicht sichtbarer Inokulationen, die Sie in meinen Tabellen antreffen konnten. Doch aufserdem weist dieses Faktum noch eine andre lehrreiche Seite auf.

Die Presse, und mit ihr mein hochverehrter Kollege — der Redakteur des *Wratsch*, verhielt sich zum Akt der Impfung selbst mit strenger Kritik und das mit Recht, da die Heilkunde schon aus Prinzip kein Experiment am Menschen (selbst wenn es ein Verbrecher wäre) zulassen kann.

Wenn wir, möchte ich hinzufügen, nicht berechtigt sind, an unsern Mitmenschen zu experimentieren, so sind wir auch gleichfalls nicht berechtigt, kaltblütig zuzusehen, wie ein eben solches Experiment sich täglich vor unsern Augen entfaltet, und zwar nicht an einem Menschen, sondern an hunderten, und nicht an Verbrechern, sondern an vollkommen schuldlosen Individuen.

Digitized by Google

Versammlungen.

Wochen-Zusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis.

(Nach *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1889.)

6. Sitzung.

E. Besnier stellt einen Mann mit „**Alopécie cicatricielle**“ des Bartes vor. Der Backenbart ist symmetrisch derart erkrankt, dafs er beiderseits eine völlig kahle Stelle aufweist, die aus kleinen narbigen Einsenkungen und Erhebungen besteht; auf den Erhebungen finden sich einzelne brüchige und leicht ausziehbare Härchen. Diese kleinen Hautvorsprünge setzen sich bis unters Kinn fort. Das Kopfhaar ist gesund. Von Parasiten (Trichophyton, Favus u. s. w.) findet man in den erkrankten Teilen keine Spur. — Quinquaud hat in ähnlichen Fällen Dermatitis mit Mastzellen gefunden. — Lailler: Die eingesunkenen Narben sprächen für eine tieferliegende Erkrankung.

Barthélemy demonstriert ein viermonatliches Kind mit zweifelloser **Syphilis hereditaria.** Bemerkenswert ist in diesem Fall, dafs beide Eltern vor ungefähr 14 Jahren infizierten, aber trotz ungenügender Behandlung zur Zeit — und auch nicht zur Zeit der letzten Konzeption — keine syphilitischen Symptome aufweisen. Es kann also die Syphilis nach 14jähriger Latenz noch übertragen werden. — Fournier: Nach seinen Erfahrungen sei die Syphilis mindestens 15 Jahre lang übertragbar. — E. Besnier: In den allermeisten Fällen seien die Kinder, wenn sie zu einer Zeit gezeugt würden, wo der Erzeuger sich im dritten Stadium der Syphilis befände, gesund und gegen Ansteckung von aufsen nicht immun. — Fournier gibt das zu; es kämen aber auch gegenteilige Erfahrungen vor. — Besnier: Ein Mann, dessen Syphilis älter als 8 Jahre ist, bekommt keine Kinder, die schon luetisch sind. — Fournier hat mehrere gegenteilige Bemerkungen gemacht. — Lailler: Es käme darauf an, wann die Syphilis bei den Eltern die letzten Symptome verursacht habe; je kürzere Zeit das her sei, um so wahrscheinlicher bleibe noch die Übertragbarkeit. — Fournier: Die Eltern weisen bisweilen noch nach der Geburt gesunder Kinder syphilitische Symptome auf. — E. Besnier: In diesen Fällen handle es sich eben immer nur um tertiäre Erscheinungen.

Hallopeau stellt einen Fall von **Syphilis mutilans faciei** mit **Ektropium** des rechten Auges vor. — E. Besnier: Die Nase werde mit Vorliebe von tertiärer Syphilis befallen.

Fournier zeigt ein 10jähriges Mädchen mit **Hauttuberkulose** am Rücken. Behandlung mit Borsäure-Lösung war bis jetzt erfolglos. Bei der grofsen Ausdehnung der erkrankten Teile sei an eine Zerstörung der Knoten nicht zu denken; von Jodoform fürchte er üble Nachwirkung. Das Kind komme immer mehr herunter. — E. Besnier empfiehlt die Anwendung anfangs 10%iger, später stärkerer Milchsäure-Lösung. — Lailler: Milchsäure verursache viele Schmerzen; empfiehlt Einpudern mit Jodoform. — E. Besnier: Durch vorherige Kokainisierung liefse sich die Anwendung der Milchsäure ganz erträglich gestalten. Mit Jodoform könne man leicht eine Intoxikation erleben.

E. Besnier stellt einen Mann vor, der gleichzeitig **Roseola** und **Syphilide** am Körper hat. Die Ansteckung war von 2 Jahren erfolgt.

Digitized by Google

Quinquaud: Ein Fall von **Ichthyosis**. Patient war bis zum 20. Jahre ganz gesund, litt dann 2 Jahre an Ekzema generalisatum, dem nun ein Ichthyosis ähnlicher Zustand gefolgt ist. Von wirklicher Ichthyosis unterscheiden sich derartig umgewandelte Ausschläge dadurch, dafs sie wieder verschwinden können, während erstere durch das ganze Leben besteht. — Lailler hat schon Ähnliches beobachtet, schlägt als Bezeichnung „État ichthyosoïdes" vor. — E. Besnier hält es für möglich, dafs die Ichthyosis schon vor dem fraglichen Ekzem bestanden habe, aber übersehen worden sei.

Darier: Über die **Histologie des Haares bei Alopecia syphilitica**. Die Haare fallen zum gröfseren Teile einfach aus; bei einer geringeren Zahl ist die Haarwurzel atrophisch, bedingt durch eine Erkrankung der Haarpapille.

7. Sitzung.

E. Besnier stellt einen 25jährigen Mann mit **Verrucae planae juveniles** vor; Beginn vor 2 Jahren; eine starke Vermehrung der Warzen zeigte sich aber erst in den letzten Monaten. (s. *Monatsh. f. prakt. Dermat.* Bd. IX. 1889. pag. 471.)

E. Besnier stellt einen zweiten Fall von **„Alopécie cicatricielle"** vor, der dem ersten (vgl. vorhergehende Seite) völlig gleicht. Er hält diese Form für einen Typus der Acne pilaris (Acne varioliformis in Deutschland). Behandlung: Entfernung der Haare, Waschungen mit schwachen Hg-Lösungen u. s. w. — Quinquaud: Die vorgestellte Form sei nicht identisch mit seiner Alopecia depilans.

Hallopeau stellt 4 Fälle von **Ekzema seborrhoicum** vor. Es wird fast immer mit Psoriasis vulgaris verwechselt. Unna war der erste, der auf den Unterschied hinwies; das Ekzema seb. hat einen absteigenden Verlauf, fehlt an den Ellbogen und den Knieen; die Schuppen sind gelblich gefärbt und brüchig. — E. Besnier und Fournier halten die Unnasche Unterscheidung für fraglich. — Hallopeau: Die von Unna als seborrhoisch bezeichneten Fälle sind wirkliche Psoriasis; man müfste sie also als Varietas seborrhoica der Psoriasis benennen. — E. Vidal: Manche Individuen neigten zur Seborrhöe, jede Hauterkrankung würde dann leicht seborrhoisch, wie sie bei andern leicht eiterig würde.

Fournier stellt einen Mann mit **Scabies und Geschwüren der Vorhaut** vor; die Leistendrüsen sind etwas verhärtet, schmerzlos. Es ist fraglich, ob man es hier mit Ulcus oder mit den Folgen einer energischen Einreibung (grüne Seife und Schwefelsalbe) zu thun habe. Beide Fälle seien möglich. — Lailler erinnert an ein Präparat des „Museum", herrührend von einem Krätzkranken, bei dem sich 15 harte Schanker auf dem Penis entwickelt hatten. — Fournier: Die Vielheit von harten Schankern bei Scabies werde ab und zu beobachtet. (Die fraglichen Geschwüre in dem vorgeführten Fall entpuppten sich später als Initialgeschwüre.)

Quinquaud: Fall von **Folliculitis agminata serpiginosa** mit langsamem Verlauf, dauert nun schon 3 Jahre, hat am Daumen begonnen und kriecht langsam weiter. Diese Form heilt von selbst unter Narbenbildung. — Besnier hält solche Fälle für Hauttuberkulose; durch Verimpfung bei Tieren in die vordere Augenkammer oder in die Gegend der Leistendrüsen könne man sich leicht davon überzeugen. — Quinquaud ist der Versuch in vier derartigen Fällen nicht gelungen. — Vidal schliefst sich der Meinung Besniers an.

Digitized by Google

Feulard stellt einen Fall von **Erythema induratum** der Unterextremitäten bei einem jungen Mädchen vor und beschreibt ihn ausführlich. — E. Besnier: Die Dauer der Krankheit sei eine ziemlich lange. Bei der Behandlung sei die Hauptsache, falls der Kranke liegt, den befallenen Teil hochzulagern, falls er umhergeht, denselben zu komprimieren. Für manche Leute, Köchinnen, Wäscherinnen u. s. w., wird das lange Stehen Krankheitsursache.

8. Sitzung.

Hallopeau: Fall von **Herpétide exfoliatrice generalisée.** Unna hätte diesen Fall gesehen und als Ekzema seborrh. bezeichnet. H. müfste darauf bestehen, dafs der Morbus seborrhoicus Fälle von Ekzema, Lichen, Psoriasis, Akne, Pityriasis umfasse. — Fournier: Nach dieser Auffassung hörten die Krankheitsspezies einfach auf und es gäbe nur noch klinische Varietäten. Dem müfste er entgegentreten; man habe nicht das Recht, z. B. von einer Psoriasis syphilitica zu reden; ein Syphilid könne Psoriasis ähnlich sein, nimmer aber eine wirkliche Psoriasis darstellen. — In ähnlichem Sinne äufsert sich E. Besnier.

Quinquaud demonstriert 3 Patienten mit Blasenbildung über den ganzen Körper; der eine, akute Fall verlief ohne Erythem; in den beiden andern chronischen spielt derselbe nur eine nebensächliche Rolle. Er hält die Fälle für **Hydroa.** Er gebe Natr. phosphor. und Natr. bicarbon. in hohen Dosen. — Vidal möchte den ersten Fall für **Impetigo contagiosa** halten, denn es fände sich Impetigo auf der behaarten Kopfhaut, der Ausschlag biete eine grofse Abwechslung in den Formen dar, und die Autoinokulation habe positive Ergebnisse geliefert. — E. Besnier zeigt eine Nachbildung in Wachs (Moulage) eines solchen Ausschlags, bei dem es sich allerdings um Impetigo contagiosa gehandelt habe. Letztere Diagnose beziehe er auch auf den ersten Fall Quinquauds. Bei Hydroa bildeten sich nur Vesikeln mit einem erythematösen Hof, während die Epidermis sich ringsherum abhebe; aber es käme nicht zu Krusten- und Fleckenbildung wie hier. — Vidal: Der dritte der Quinquaudschen Fälle, wo es unter Prurigo zur Bildung von kleinen Blasen gekommen sei, sei ein typischer Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring. Beim zweiten Kranken schwanke seine Diagnose zwischen Hydroa vesiculosum Bazin und Erythema polymorphum. — Quinquaud tritt für die Priorität Bazins gegenüber Duhring ein; findet auch die Bezeichnung „Hydroa" passender als „Dermatitis." — E. Besnier: Duhrings Verdienst bestehe darin, einen Krankheits-Typus erkannt und zusammengefafst zu haben. — Quinquaud findet, dafs gerade durch Duhrings Veröffentlichung manche Verwirrung in der Dermatologie entstanden sei.

Vidal stellt einen 40jährigen Mann vor, der seit 2 Jahren auf den Unterextremitäten kleine juckende Papeln hat, aus deren Zusammenfliefsen sich zum Teil echte Plaques gebildet haben. An andern Körperteilen findet man kleine, rötliche, Lichenartige Papeln, auch mit Plaques-Bildung. — Seine Diagnose schwanke zwischen **Lichen ruber** und **Lichen planus.**

Vidal stellt einen 27jährigen Mann mit **Ulcus durum der Zungenspitze** vor; die Glandul. submax. beiderseits geschwollen; roter papulöser Ausschlag am Rumpf; keine Roseola.

Tenneson: Fall von **Tuberculosis narium;** Infiltration der rechten Lungenspitze, Albuminurie. — E. Besnier: Die aufserordentliche Weichheit des Gewebes der Nase, auch in einiger Entfernung von der Ulceration, mache schon Syphilis und

Digitized by Google

Epithelioma unwahrscheinlich. Auch das übrige Verhalten des Geschwürs, das stark entwickelte Venennetz u. s. w., sprächen, ganz abgesehen von dem Allgemeinbefinden, für Tuberkulose.

Tenneson stellt einen Intermittens-Kranken vor, der gleichzeitig an **Trichophytiasis** der Haut leidet. Da durch das Sumpffieber die Hautfarbe im ganzen verändert ist, so hat der Ausschlag hier eine abnorme, rotgelbe (fauve) Färbung.

9. Sitzung.

E. Besnier stellt ein 13jähriges Mädchen mit **Lues hereditaria** vor, das infolgedessen behaftet ist mit Taubheit, verkümmerten Zähnen, horizontalen Zahnfurchen, Keratitis interstitialis dupl., Osteoperiostitis der linken Tibia. — Nach Fourniers weitern Ausführungen sind alle diese Symptome bei dem Kind erst mit 11—12 Jahren aufgetreten, vorher war es gesund. Solche Fälle seien übrigens nicht ganz selten.

Hallopeau stellt zwei operativ geheilte Fälle von **Pagetscher Krankheit** vor und zeigt aufserdem 3 Nachbildungen in Wachs aus dem Höhestadium der Krankheit. — Was ist der Morbus Pagetii? Nach Kaposis, übrigens schon widerlegter Ansicht ein Ekzema unter der Form eines Epithelioma, nach andern ein mit Krebs kompliziertes Ekzem; nach einer dritten Ansicht endlich handelt es sich ursprünglich um ein Epitheliom der Milchdrüsen, zu dem sich Ekzem hinzugesellt. Diese Ansichten treffen nun aber beide nicht zu. Vom Ekzem unterscheidet sich der Morbus P. durch sein glänzendes Aussehen, seine teilweise höckerige Oberfläche (par places mamelonnés de la surfare malade) und vor allem durch den scharfen Rand, der das Kranke vom Gesunden trennt; vom Krebs durch seine äufserst langsame Entwickelung, sowie dadurch, dafs die Nachbardrüsen in der Regel nicht geschwollen sind. — Nach Hallopeau handle es sich beim Morbus P. um ein Epithelioma, das infolge seines Sitzes in den Milchgängen einen so eigenartigen Charakter annehme.

Fournier stellt eine junge Frau vor, die vor 5 Jahren infiziert wurde und jetzt eine **späte, wenn nicht tertiäre Roseola** auf dem Rücken zeigt; die Roseola ist bis jetzt der spezifischen Behandlung noch nicht gewichen. — Vidal vergleicht solche Fälle mit Psoriasi-formen Syphiliden. — E. Besnier hält die syphilitische Natur dieser Formen noch nicht für ausgemacht. — Fournier: Man treffe diese Erscheinungen nur bei Syphilitikern.

E. Besnier. Fall von **Tuberculosis verrucosa** der Haut. Bei einem 39jährigen Mann hatte sich im Anschlufs an einen Abscefs über dem Metacarpo-Phalangeal-Gelenk des rechten Daumens eine 5 Fr.-Stück-grofse Plaque mit narbigem Zentrum gebildet. Die Lungen sind phthisisch. — Vidal: Derartige Plaques sitzen in der Regel am rechten oder linken Daumengelenk, vielleicht, weil die Kranken, wenn sie Schleim ausgehustet haben, den an Bart und Lippen haftenden Teil mit der Daumengegend abzuwischen pflegen.

Hallopeau. Fall von **Trichophytiasis circinata** auf dem Handrücken; die Anwesenheit von Vesikeln an der Peripherie rechtfertige die Bezeichnung Herpes circinatus, die bis vor kurzem noch üblich war. — Besnier verwirft diese Benennung auf das entschiedenste; Herpes habe einen cyklischen Verlauf. — Hallopeau: Die Bezeichnung Herpes passe auf jede Dermatose mit freien Vesikeln, die gröfser und dauernder sind als die des Ekzems. Der Herpes habe, wie die Psoriasis, verschiedene Ursachen, und wie man von einem H. Iris, H. Zoster u. s. w. rede, so könne man auch

Digitized by Google

von einem Herpes trichophytiacus reden. — VIDAL hält die Theorie HALLOPEAUS für viel zu weit gehend.

HALLOPEAU. Eine Frau mit geschwürigen Prozessen auf Nase und Augenlidern, zum Teil schon vernarbt; Dauer bereits 3 Jahre. Die Frau will nie syphilitisch gewesen sein. Handelt es sich hier nun um **Tuberkulose**, um erworbene oder ererbte **Syphilis?** — FOURNIER: Die eingesunkene Nase spreche allerdings für Syphilis. — — Unter einer spezifischen Behandlung ist dann später rasche Heilung erfolgt.

10. Sitzung.

E. BESNIER stellt einen Fall von **Glossitis exfoliativa marginata** vor, nach seiner Ansicht eine Art Ekzema linguae circinatum; diese Form entspräche dem Ekzema seborrhoicum der Haut, es seien wenigstens mehrfach Fälle beobachtet, wo gleichzeitig die Haut und die Zunge von den genannten Formen befallen waren.

E. BESNIER. Fall von **Lichen ruber planus multiform.** mit Lichen der Zungen- und Wangenschleimhaut. BESNIER läfst sich namentlich über die Behandlung aus, hält Arsen in hohen Gaben, vielleicht auch subkutane Arsen-Einspritzungen (nach KÖBNER) für recht wirksam. Andre wollen wiederum von der örtlichen Anwendung reduzierender Stoffe (Acid. pyrogall.) gute Erfolge gesehen haben. Sicherlich hängen diese abweichenden Erfahrungen mit der grofsen Verschiedenheit in der Dauer des Lichen planus zusammen, der bald nach kurzer Zeit wieder verschwinde, bald sehr lange anhalte. Gegen die örtliche Behandlung spreche häufig die grofse Ausdehnung des Ausschlags. — VIDAL anerkennt zwar auch die Nützlichkeit des Arsens, rühmt aber doch mehr die äufsere Anwendung der vegetabilischen Säuren.

HALLOPEAU stellt ein Kind mit **Purpura haemorrhagica** — ohne besondere Veranlassung entstanden — vor und bespricht die Differentialdiagnose der verschiedenen in Betracht kommenden Formen von Purpura. Die P. haemorrhagica sei wahrscheinlich bedingt durch eine Überproduktion der blutbildenden Organe des jugendlichen wachsenden Körpers. — E. BESNIER zweifelt die Diagnose an; vielleicht handle es sich hier, wie auch in andern Fällen, um nervöse Störungen.

VIDAL stellt einen Fall von **Lupus erythematosus der Lippen und linken Wangenschleimhaut** vor. Es sei der zweite derartige Fall, der ihm zu Gesicht gekommen. — QUINQUAUD hat einen Fall beobachtet, wo der L. erythematosus am Gaumen begann.

HALLOPEAU stellt einen seltenen Fall von **Trichorrhexis nodosa** vor. — E. BESNIER: Die Krankheit sei häufiger, als man gewöhnlich annimmt.

HALLOPEAU stellt einen Mann mit **Sykosis des Bartes** vor, der gleichzeitig am Körper ein **Erythema circinatum** hat; solche Fälle haben KAPOSI wohl veranlafst, die Pityriasis als eine Folge von Trichophytiasis zu betrachten. Die histologische Untersuchung war bis jetzt ergebnislos. — E. BESNIER: Die Trichophytiasis des Körpers erscheine als erythematöse Plaque, die von Vesikeln umgeben sei; der vorgestellte Fall sei eine Pityriasis rosata. — Derselben Ansicht ist VIDAL: Es sei unwahrscheinlich, dafs der nämliche Parasit beim nämlichen Kranken auf der Gesichtshaut eine so heftige und auf der Haut des übrigen Körpers eine so geringe Reaktion hervorrufen sollte. — HALLOPEAU: Er habe bei der mikroskopischen Untersuchung in beträchtlicher Anzahl Sporen gefunden, die, ohne allerdings charakteristisch zu sein, doch zu Zweifeln berechtigten. Aufserdem habe Jodoformvaseline in wenigen Tagen einige

Digitized by Google

dieser pityriasischen Kreise zur Heilung gebracht, während die Pityriasis Gibert nicht so schnell verschwindet. — E. Besnier: Bei Trichophytiasis lasse die Untersuchung durchaus keinen Zweifel. Bei Pityriasis finde man mit dem Mikroskop allerdings auch Sporen, diese hätten aber mit denen des Trichophyton nichts zu thun. — Vidal behandelte einen Kranken, der gleichzeitig mit beiden Formen behaftet war.

Vidal stellt einen Mann vor, der neben andern Erscheinungen auch ein **tertiäres erythematöses Syphilid** hat.

Hallopeau, der im Gegensatz zu Unna die Funktionsstörung der Talgdrüsen für die Entstehung der seborrhoischen Erkrankungen verantwortlich macht, stellt wiederum (erster Fall in der Sitzung vom 29. Nov. 1888) einen Kranken mit **Akne** und **Ekzema seborrhoicum** vor. — Vidal ist H.s Ansicht; Unna habe den Anteil der Schweifsdrüsen beim Zustandekommen des Ekzema seborrhoicum übertrieben. — E. Besnier hält die Akne im vorgestellten Fall für nicht ganz zweifellos, da keine einzige Narbe vorhanden und der Ausschlag nicht älter als 6 Wochen sei.

11. Sitzung.

Fournier stellt einen Fall von **Sclérodermie en plaques** der behaarten Kopfhaut vor. — Besnier weist besonders auf die Alopecia hin, von der die erkrankten Teile immer befallen würden; in günstigen Fällen sei beides heilbar, ohne Spuren zu hinterlassen. — Quinquaud: In einer Reihe von Fällen, wo die Haarfollikel zerstört seien, kehre das Haar auch nach erfolgter Heilung der Sklerodermie nicht wieder.

Fournier stellt einen Mann mit **atypischer Psoriasis der Handrücken** vor, er selbst würde den Fall viel eher für eine Pityriasis pilaris halten, wenn der Patient nicht vor kurzem unter seinen Augen eine zweifellose Psoriasis durchgemacht hätte.

Vidal. Fall von **Lichen planus** mit heftigem Brennen und eigentümlichen, ein papulöses Syphilid der Unterextremitäten vortäuschendem Aussehen; es erklärt sich die bläuliche Verfärbung des Ausschlags an den Unterextremitäten aber durch vorhandene Varicen. Die Vorderarme, der gewöhnliche Sitz des Lichen, sind ganz frei. — E. Besnier: Der vorgestellte Fall sei ein Beleg dafür, dafs nervöse Menschen mit Vorliebe von der Dermatose befallen werden. — Vidal: Der Kranke hätte früher allerdings auch an heftiger Migräne gelitten. — Hallopeau behandelt zur Zeit einen Lichen planus, bei dem der nervöse Ursprung unverkennbar sei; der Ausschlag folge dem Verlauf des N. cubitalis; in dem erkrankten Gebiet sei die Sensibilität für Empfindung herabgesetzt. — Quinquaud: Der Lichen planus hinterläfst selbst bei heftigem Jucken keine Kratzspuren. — E. Besnier: Dasselbe sei auch beim Pruritus senilis der Fall; nur an Stellen, die einem dauernden Druck ausgesetzt sind, stehe der Lichen planus in besonders üppiger Blüte. — Lailler: Auch bei Urticaria fehlen die Kratzspuren.

E. Besnier stellt einen Mann vor mit **Lupus pernio faciei** und symmetrischer fungöser Synovitis beider Hände. Seine Mutter ist an Tuberkulose der Lungen gestorben. Die Erkrankung im Gesicht ist eine Varietät des Lupus erythematosus, ähnelt dem Erythema pernio oder der Asphyxia localis, weshalb von Besnier die Bezeichnung Lupus pernio oder Lupus asphycticus vorgeschlagen wurde. Im Anfang gleicht dieser Lupus der chronischen Frostbeule oder dem L. erythematosus. Im späteren Verlauf aber nimmt er mehr den asphyktischen Charakter an, während das Gewebe sich infiltriert und zur Entstellung der erkrankten Teile führt.

Digitized by Google

Im vorliegenden Falle besteht das Leiden seit 5 Jahren, die Nase hat sich an Umfang verdoppelt, ist vollkommen livide verfärbt, varikös, nässend; kein Frostgefühl, keine Analgesie; die Krankheit schreitet beständig fort, unabhängig von der Jahreszeit. Durch die genannten Eigenschaften unterscheidet sie sich hinlänglich von der Frostbeule und der Asphyxia localis. Vor 2—3 Jahren bestand auch bei dem Patienten eine symmetrische Ohrerkrankung, die aber mittels des Galvanokauters vollständig zum Stillstand gebracht wurde. Dasselbe Verfahren wird auch beim Gesichts-Lupus voraussichtlich von Erfolg sein. Die Synovitis fungosa der Hände besitzt bereits eine sehr grofse Ausdehnung.

Vidal. Fall von **oberflächlichem tertiären Syphilid** der Vorderarme und Oberschenkel, bestehend aus runden, mäfsig schuppenden Plaques.

Hallopeau stellt eine Frau mit **Herpes recidivus** der Hand vor; seit 3 Jahren anfallsweise auftretende Bläschen an der linken Hand im Verlauf des N. medianus. Der Ausschlag sei wohl hier, wie in einem ähnlichen von ihm beobachteten Falle, auf eine Trophoneurose zurückzuführen.

12. Sitzung.

Vidal bringt einen Fall von **hartem Schanker der Unterlippe**; das betreffende Mädchen bediente sich bei ihrer Arbeit desselben Mundstückes, das auch von einem Manne mit kranken Lippen benützt wurde; möglicherweise sei sie auf diesem Wege angesteckt worden. — Fournier weist auf die geringe Schwellung der Submaxillar-Drüsen hin, die bei Ulcus gewöhnlich gerade sehr beträchtlich sei. — Vidal: Die starke Schwellung der tieferliegenden Drüsen werde erst durch den Schanker der Mandeln bedingt.

E. Besnier. **Pityriasis rosacea** Gibert bei einem 11jährigen Kind. Beginn mit einer kleinen Stelle (Plaque Maîtresse Brocq) auf der rechten Brustgegend. Die bakteriologische Untersuchung lieferte wohl einige Mikroorganismen, aber keinen, der an das Mikrosporon anomoeon Vidals erinnert hätte. — Vidal hat bei Pityriasis rosacea niemals positive Ergebnisse gehabt; diese Erkrankung sei auch sicher nicht parasitärer Natur. Das Mikrosporon anomoeon erzeuge eine Krankheit mit ganz anderem Verlauf, die Pityrias marginata. — Hallopeau: Selbst in Deutschland erheben sich Stimmen gegen Kaposis Behauptung von dem Zusammenhange zwischen Trichophytiasis und Pityriasis rosacea; beruft sich auf mündliche Äufserungen von Pick und Unna.

L. Brocq. 10jähriges Kind mit **Lichen pilaris s. Xerodermia pilaris** symmetrica faciei. Die Krankheit besteht seit 6—7 Jahren; der 5 Jahre alte Bruder hat dasselbe Leiden, ebenfalls oberhalb der Augenbrauen und an den Seiten der Wangen. Nach Brocq hat der Lichen pilaris faciei folgende Eigenschaften: Er beginnt immer in der Jugend, hat einen sehr langsamen Verlauf, sitzt immer oberhalb der Augenbrauen rechts und links von der Glabella, sowie seitlich auf den Wangen und den benachbarten Halsteilen, endlich unterhalb der Augenbrauen und auf der oberen Fläche des Kinns; er ist ferner immer symmetrisch, besteht immer aus kleinsten, miliaren, lichenartigen Elementen, die wenig oder gar nicht schilfern, und geht endlich immer mit einer Gefäfsveränderung einher; so kommt es auf der Wange z. B. sehr leicht zu Teleangiektasien. Behandlung innerlich mit Arsen und Leberthran; äufserlich mit Sapo viridis, Acid. lact. und Acid. salicyl.; im vorliegenden Falle wesentliche Besserung.

Digitized by Google

Hallopeau. Kind von 10 Jahren mit seit 7 Jahren bestehender **Pityriasis rubra pilaris.**

E. Besnier. Fall von echter **Psoriasis palmaris.**

Hallopeau. Bei der vorgestellten 66jährigen Frau kam es ohne nachweisbare Veranlassung vor 8 Monaten zu einem Abscefs der rechten Hand, der eröffnet wurde. An der Stelle hat sich seitdem eine Dermatose entwickelt, die trotz aller Eingriffe weiter um sich greift; in nämlicher Weise ist seitdem auch die rechte Schläfe erkrankt. Der Ausschlag zieht von der Handfläche über den inneren Rand nach dem Handrücken; er besteht aus blauroten oder mit Krusten bedeckten Wärzchen, die von einer gleichfarbigen Unterlage ausgehen; auf Druck entleeren sich kleine Eitertröpfchen. Nirgends bemerkt man Lupusknoten. Ähnlich verhält sich der Schläfenausschlag. Syphilis ist ausgeschlossen. Per exclusionem kommt man zur Diagnose **Lupus**; dagegen spräche das hohe Alter der Patientin, das Fehlen von Lupusknoten, die Eiterherde. Vielleicht handle es sich hier nun nicht um einen gewöhnlichen Lupus; vielleicht gibt es noch unbekannte örtliche Erkrankungen infektiöser, aber nicht tuberkulöser Natur. — Vidal hält die Krankheit doch für tuberkulös, beeinflufst etwa durch den längeren Gebrauch von Jodkalium. — Hallopeau: Jodismus bewirke keine einseitigen, sondern symmetrische Erscheinungen. — Vidal: Bisweilen träten die ersten Erscheinungen des Jodismus doch in der Nähe des erkrankten Teiles, gegen den das Jodkali gegeben wurde, zuerst auf. — E. Besnier wünscht eine bakteriologische Untersuchung zur Klarstellung der Diagnose. — Hallopeau: Kauterisation war in diesem Falle ganz erfolglos.

Tenneson. Fall von **Vitiligo bei einem Syphilitischen.**

Tenneson. **Syphilis hereditaria** bei einem 18jährigen Menschen. Derselbe ist in der Entwickelung sehr zurückgeblieben, sieht aus wie ein 12jähriges Kind, von zartem Knochenbau, mit mancherlei leichten Mifsbildungen an den Knochen, Zähnen; rechte Cornea getrübt. Albuminurie etc.

13. Sitzung.

E. Besnier. Kleines Mädchen mit einer weifsen Stelle am horizontalen Ast des linken Unterkiefers, die, vor 13 Monaten beginnend, jetzt 4—6 cm im Durchmesser hat. Sie fühlt sich speckig an und ist ein Fall von **Sclerodermia „en Plaques"** oder **Morphoea alba.**

Fournier. Fall von **Syphilis alcoholisata** bei einem 24jährigen Mädchen. Aufser einem noch nicht vernarbten Ulcus des Labium majus sin. zeigt sie ein polymorphes papulöses, papulo-tuberkulöses und tuberculo-ulceröses Syphilid, bei dem die ulcerösen Elemente, wie bei der tertiären Syphilis, vorherrschen. Aufserdem klagt sie noch über Schlaflosigkeit, Kopfschmerz etc. Das Mädchen ist Kellnerin und trinkt täglich an 30 Glas Bier, 3—4 Absint, 3—15 kleine Glas Branntwein und mehrere Glas Likör.

E. Besnier. 53jährige Frau mit **Lähmung des M. orbicularis d., Ektropium, Lagophthalmus,** livide Röte und Ödem der rechten Gesichtshälfte und einen ganzen Streifen von Knötchen, teils in der Haut, teils in der Wangenschleimhaut, von der Schläfengegend bis zum Frenulum labii sup. sich hinziehend. Starke Abmagerung der Patientin. Die Anamnese gibt für die, einstweilen offen gelassene, Diagnose keine Anhaltspunkte. In einer späteren Sitzung wurde die Patientin als geheilt wieder

Digitized by Google

vorgestellt; Behandlung mit Quecksilber und Jodkalium. Es hatte sich doch um **Syphilis** gehandelt.

E. Besnier stellt einen Mann mit „**Acné pilaire cicatricielle**“ vor. Am Nacken, an der Grenze des behaarten Kopfes, sitzt eine Reihe kleiner Knötchen, während über den übrigen Körper zerstreut in reicher Anzahl sich Aknepusteln und charakteristische Narben finden. Die Knötchen am Nacken sind ineinander gewachsen und bilden eine wahre Akne pilaris, so dafs bei diesem Patienten also gleichzeitig sich A. pilaris und A. vulgaris vorfinden. Bakteriologische Untersuchungen haben bis jetzt zu keinem Ergebnis geführt.

Hallopeau bringt einen Fall von **Herpétide exfoliative generalisée** von 18-jähriger Dauer. — Besnier ist geneigt, eine Pityriasis rubra pilaris zu diagnostizieren. — Hallopeau: Dagegen sprechen die Verallgemeinerung des Ausschlages und das Vorhandensein von Drüsenschwellungen. — Besnier sieht darin keinen Grund, seine Diagnose umzustofsen.

Quinquaud spricht über die **Bakterienflora der Haut** im gesunden und kranken Zustand. Aufser den bekannten Formen trifft man auf der Haut zahlreiche Varietäten eines pyogenen Mikroben, der mit dem Streptokokkus und dem Staphylokokkus nichts zu thun hat; die eine Varietät erzeugt eine eiterige Blase, die andere eine Pustel, die dritte eine Pyämie. Dieser Mikrobe findet sich namentlich bei allen squamösen Erkrankungen, z. B. der Psoriasis. Die verschiedenen, noch unaufgeklärten Hauteiterungen dürften wohl zum Teil durch diesen Mikroben bedingt sein.

Hallopeau führt einen schon einmal vorgestellten Kranken mit **Lupus elephant. et vegetans** wieder vor. Der Ausschlag bedeckt fast die ganzen Unterextremitäten und einen Teil des Rumpfes und ähnelt so sehr der Syphilis, dafs, abgesehen von den Lupusknötchen, eine Verwechselung möglich wäre; aufserdem blieb eine 2monatliche spezifische Behandlung völlig erfolglos. — Besnier und Vidal bestätigen die Diagnose H.s.

Vidal. Fall von **Zona ophthalmica**; jedoch sind nur der N. lacrymalis, frontalis und nasalis externus ergriffen; es fehlt auch die Panophthalmie, da nur die Conjunctiva entzündet ist. — E. Besnier: In diesem, wie in jedem Fall von Zoster des Auges besteht Anästhesie der Hornhaut.

Türkheim-Hamburg.

Besprechungen.

W. D. Miller. **Die Mikroorganismen der Mundhöhle.** Die örtlichen und allgemeinen Erkrankungen, welche durch dieselben hervorgerufen werden. gr. 8. XX. und 306 S. mit Abbildungen. Leipzig, Georg Thieme. 1889.

Nach einigen Bemerkungen über Morphologie und Biologie der niederen Pilze (Unhaltbarkeit der bisherigen Einteilung der Tallophyten in Pilze, Algen, Flechten) folgt die Besprechung der Spaltpilze in ihren Formen (nach de Bary), Lagerungsgestaltungen, Fortpflanzung, Vorkommen, Lebensbedingungen, Kampf ums Dasein u. s. w. Erwähnen wollen wir hier nur den Beweis der Mangelhaftigkeit der Unterscheidung von Fäulnis- und Gärungs-erregenden Pilzen.

Digitized by Google

Nachdem im folgenden Kapitel die in der Mundhöhle vorkommenden Sekrete und sonstigen Substanzen, soweit sie als Nährstoffe für die Bakterien dienen können, in extenso beschrieben sind, kommt der Verf. zu den Mikroorganismen der Mundhöhle.

Zunächst werden die konstant in jeder Mundhöhle vorkommenden (6) Arten der Mundpilze angeführt und einzeln besprochen. Interessant ist, dafs auch die zahllosen, jahrelang fortgesetzten eingehenden Versuche des Verf.s, diese Bakterien auf andern Nährböden zu züchten, ohne Erfolg geblieben sind. Sodann werden unter den zahllosen nicht konstanten und züchtbaren Mundpilzen einige besonders erwähnt und so gut als möglich charakterisiert.

Das Studium dieses Kapitels ist äufserst interessant und legt Zeugnis ab von dem Fleifs und der Gründlichkeit, womit der Verf. seinen Gegenstand auffafst und behandelt.

Im folgenden Kapitel werden die Einflüsse der Gärungsprodukte der Mundflüssigkeit auf die Gebilde der Mundhöhle besprochen, und die verschiedenen Theorien über die Ursachen der Zahncaries geschildert und kritisch beleuchtet und die interessanten Resultate der eigenen Untersuchungen mitgeteilt.

Der 2. Hauptteil des Buches beschäftigt sich mit den verschiedenen Arten der pathoforen Mundpilze und mit den, für uns Ärzte besonders wichtigen und lehrreichen Mitteilungen des Verf.s über die von den pathoforen Mundpilzen verursachten lokalen und allgemeinen Erkrankungen, unter denen wir besonders die Störungen im Verdauungskanal, die Untersuchungen des Verf.s über die Natur und Ursachen der Pyorrhoea alveolaris, und die, vom Standpunkt des Arztes aus betrachtet, leider etwas kurz weggekommenen Untersuchungen über die Infektion mit Diphtheritis, Syphilis und Typhus erwähnen.

Die am Schlufs des Buches stehende, allerdings unwesentliche Schilderung der Sprofs-, Schimmel- und Schleimpilze gehört eigentlich nicht hierher, sondern in den ersten Teil des Buches, wo man dieselbe beim Lesen am Schlusse des Kapitels der Spaltpilze vermifst. Der praktische Arzt wird überrascht sein von der grofsen Menge des Neuen und Interessanten über Dinge, welche ihm in seiner Berufsthätigkeit tagtäglich vorkommen, und über deren Natur und Bedeutung in den gebräuchlichen Lehrbüchern nirgends mit der wünschenswerten und hier zu findenden Gründlichkeit gesprochen wird. Wir können darum die Anschaffung des Buches jedem Kollegen empfehlen. *Dreckmann-Hamburg.*

Dr. Georg Letzel. **Die verschiedenen Anwendungsarten der Heilquellen und Quellenprodukte des Bades Krankenheil-Tölz in Oberbayern.** gr. 8. 26 S. Tölz.

Das Schriftchen ist, wie auf dem Titelblatt ausdrücklich erwähnt wird, sowohl für Laien als für Ärzte geschrieben und bezweckt die Vorzüge dieses verhältnismäfsig neueren Kurorts weiteren Kreisen bekannt zu machen. Die Heilquellen bei Tölz, im bayerischen Hochland gelegen, sind jodhaltige Kochsalzquellen mit überwiegendem Gehalt an kohlensaurem Natron und Schwefelwasserstoff. Sie sind zu empfehlen namentlich bei chronischen Hautleiden, Syphilis, Quecksilbervergiftung und Skrofulose. Ihre Anwendung finden sie sowohl als Trink- wie auch als Badekur. Bekannt sind die sehr empfehlenswerten Krankenheiler Seifen, von denen drei verschiedene Abstufungen im Handel vorkommen.

Digitized by Google

Von Hautkrankheiten werden namentlich chronisches Ekzem, Psoriasis, Ichthyosis, Prurigo, Furunculosis etc. durch Badekuren in Krankenheil günstig beeinflufst. Wegen der dabei in Anwendung kommenden besonderen therapeutischen Mafsregeln sei auf das Werkchen selbst verwiesen. *Philippi-Felsberg.*

W. Palmgren. **Über Phlebektasien an der oberen Extremität und deren Behandlung.** (*Inaugural-Dissertation.* Greifswald 1889.)

Verf. bespricht auf Grund zweier eigener und 5 aus der Litteratur zusammengestellter Fälle die Pathogenese und Therapie dieser Venenerkrankung. Nach dem Vorgange von anderen, namentlich von Virchow, rechnet Verf. die Phlebektasien zu den entzündlichen Neubildungen, an deren Zustandekommen sich stets mehrere Faktoren (Disposition zu dieser eigenartigen Gefäfserkrankung durch Vererbung, Stauung und anderes) in dem einzelnen Fall beteiligen. Eine wie grofse Rolle aber doch auch die Stauung dabei spielt, zeigt das aufserordentlich häufige Vorkommen der Phlebektasien (Hämorrhoiden, Varicocele, Varicen) an der unteren Körperhälfte im Gegensatz zu denjenigen am Oberkörper, speziell der Arme. — Was nun die Therapie anlangt, so weist Verf. darauf hin, dafs die in vorantiseptischer Zeit vielfach versuchten chirurgischen — aber wegen der mannigfachen bekannten übelen Zwischenfälle — seiner Zeit stets wieder verlassenen Methoden der Operation jetzt, wo die neuere Wundbehandlung gegen Pyämie und andere Wundkrankheiten sichert, wieder versucht werden sollten. In dem einen der beiden mitgeteilten Fälle exstirpierte Helferich die gröfsten Venenkonvolute am Vorderarm mit bestem Erfolge, während er an Hand und Fingern mit dem Paquelin-Brenner zahlreiche punktförmige Ustionen in die erweiterten Gefäfse und deren Umgebung vornahm, welche nach ihrer Abheilung unter Jodoform kleine Narben zurückliefsen. Der Erfolg entsprach den gehegten Erwartungen. — Diese Methode der multiplen Punktionen mit glühender Nadel wäre am Ende auch bei Varicen am Unterschenkel — und zwar mit dem vorzüglichen Unnaschen Minimalbrenner — in schlimmeren Fällen zu versuchen. *Clasen-Hamburg.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Einfache Entzündungen.

Über die Behandlung von Brandwunden mit Sozojodolkalium, von Dr. E. Ostermayer. (*Deutsche Med. Wochenschr.* No. 41.) Das Sozojodolkalium hat sich bei Brandwunden ganz vorzüglich bewährt. Es hat, wie das Jodoform, nicht nur schmerzstillende Eigenschaften, sondern es ist imstande, die Eiterung zu verhindern. Werden in solchen Fällen die gebildeten Brandblasen angestochen und der Inhalt mit sterilisierter Watte oder mit in Stärkenmehl getauchten Scharpieballen entfernt und gleich darauf eine 10 %ige Mischung von Sozojodolkalium und Stärkemehl oder venetianischem Talk gehörig darauf gestreut und mit Verbandwatte zugebunden, so kann man schon nach 24 Stunden die günstige Wirkung sehen. Ohne jede Spur von Eiterung vollzieht sich der Heilungsprozefs. Nicht allein die Brandwunden, die durch Flammen oder heifsen Dampf erzeugt werden, heilen auf diese Weise, sondern auch solche, die durch ätzende Flüssigkeiten hervorgerufen sind.

L. Hoffmann-Berlin.

Digitized by Google

Über die Folliculitis und Perifolliculitis der Spinner und Weber, von H. Leloir. (*Annales de Derm. et de Syphil.* 1889. Heft 8—9.) Bei den Leinwandwebern der nördlichen Industriebezirke Frankreichs hat Leloir eine Folliculitis und Perifolliculitis beobachtet, die namentlich an der Streckseite der Oberschenkel vorkommt. Es handelt sich dabei um eine primäre Entzündung des Haarfollikels, die hervorgerufen wird durch das Öl, mit dem die Webstühle eingeschmiert sind. Zur Einfettung derselben werden namentlich schwere Mineralöle aus französischem Schiefer, aus amerikanischem Petroleum etc. verwendet, die scharf reizende Stoffe enthalten. Beim Hantieren der Webstühle werden die Hände alle Augenblicke mit Öl beschmutzt, und die Arbeiter haben die Gewohnheit, sie alsdann an den dünnen Hosen abzutrocknen. Daraus erklärt sich der Sitz der Entzündung vornehmlich an den Streckseiten der Oberschenkel und ihr Vorkommen fast nur bei männlichen Arbeitern. Wo letztere auf Reinlichkeit achten, sich beim Verlassen der Arbeit waschen und die Kleider wechseln, wird die Krankheit nicht beobachtet; sie ist an den Händen schon sehr selten, weil diese von den Webern meist sauber gehalten werden.

Türkheim-Hamburg.

Pemphigus vulgaris, von Sirsky. (*Annales de Derm. et de Syphil.* 1889. Heft 8—9.) Enthält zwei ausführliche Krankengeschichten von Pemphigus vulgaris. Die eine betraf einen 64jährigen Mann, der seinem Leiden erlag, die andere einen 12jährigen Knaben, der mit Arsen geheilt wurde. Im ersten Falle entstanden die Blasen auf gesunder, nicht erythematöser Haut. Die histologische Untersuchung der Haut ergab hier Atrophie des Bindegewebes, Erweiterung der Gefäfse, Wucherung und Degeneration des Gefäfs-Endothels, Veränderungen des Epithels der Schweifs drüsen. Nach Verf. deutet dieser Befund unwillkürlich auf trophische und vasomotorische Störungen hin, und die Verbreitung des Ausschlags über den ganzen Körper liefse sogar an eine Erkrankung des Zentral-Nervensystems denken; der pathologisch anatomische Befund von Gehirn und Rückenmark, der im Original ausführlich mitgeteilt wird, widerspricht dem keinesfalls. Auch die verschiedenen Sensibilitätsstörungen, die ererbte nervöse Anlage des 2. Falls lassen sich zur Stütze der Theorie anführen.

Türkheim-Hamburg.

Neue Vorlesungen über die Hautkrankheiten nervösen Ursprungs. Über Dermatoneuroses indicatrices, von Henri Leloir. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889.) Schon in seiner 1881 erschienenen Arbeit: „Untersuchungen über die Hauterkrankungen nervösen Ursrungs", hatte Leloir darauf hingewiesen, dafs die Haut gewissermafsen der Spiegel des Nervensystems sei, d. h. dafs manche schweren Störungen des Zentral-Nervensystems sich zuerst durch Hautausschläge bemerkbar machten. Für solche Hautausschläge hat er den Namen „Dermatoneurose indicatrice" eingeführt. Von ihm selbst und anderen in Frankreich, Deutschland und England wurden dann in den nächsten Jahren zahlreiche Belege für diese Auffassung beigebracht. Auch die vorliegende Abhandlung knüpft an einen solchen Fall an. Bei einem Manne war es nach einer Fraktur des rechten Fufses erst zu Hauterscheinungen, später zu allerlei nervösen Störungen gekommen, die auf ein Ergriffensein des Rückenmarkes hindeuteten; bei einer geeigneten Behandlung der spinalen Grundkrankheit schwanden neben den Krämpfen, Sensibilitätsstörungen etc. auch die Hautaffektionen. Wie die Spinalerkrankungen, so können auch die Störungen des Gehirns, der peripheren Nervenstämme, des Sympathicus durch voraufgehende Hautausschläge prognostiziert werden. Für alle diese Fälle führt Leloir aus seiner reichen Erfahrung Belege an. Auch rein funktionelle Erkrankungen des Nervensystems spiegeln

Digitized by Google

sich oft in der Haut wieder. Hierher gehören die punktförmigen Härmorrhagien nach Epilepsie.

Der Hautausschlag geht der nervösen Grundkrankheit Wochen, bis Monate, bis Jahre vorauf. Seiner Natur nach ist er bald erythematös, bald ödematös, hämorrhagisch, papulös, vesikulös; die bullöse Form ist äufserst häufig. Auch Hautulcerationen gehören hierher; so kann das Malum perforans das erste Symptom einer beginnenden Ataxie locomotrice sein. Zu vergessen sind endlich auch nicht die verschiedenen Hautpigmentationen, vor allem die Vitiligo. Zum Schlufs seiner Vorlesung weist Leloir eindringlich darauf hin, wie wichtig es für eine richtige und rechtzeitige Diagnose sei, die Bedeutung dieser Dermatoneuroses indicatrices zu kennen.

Türkheim-Hamburg.

Über atypischen Zoster gangraenosus und Zoster hystericus, von Prof. M. Kaposi. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. Heft 4.) Unter Zugrundelegung von 4 Krankenberichten beschreibt Verf. diese in der Litteratur bis jetzt fast unbekannte Affektion; nur der von Doutrelepont an gleicher Stelle 1886 mitgeteilte Fall scheint hierher zu gehören. Von den 4 Kranken des Verf. sind 3 weiblichen Geschlechts, ebenso war Doutreleponts Fall eine Frauensperson.

Wie aus dem mitgeteilten Krankenbericht hervorgeht, kann jede Region des menschlichen Körpers von dieser Affektion befallen werden, und handelt es sich bei derselben um eine Efflorenscenzbildung in Form von gruppierten Knötchen und Bläschen mit flächenhafter Beschorfung, und ist an den Flächenschorfen selbst eine Zusammensetzung aus solchen zu erkennen und ein cyklischer Verlauf der Erkrankung derart, dafs ein auf 4—8 Tage sich erstreckendes Eruptionsstadium erscheint, worauf nun die physiologischen Rückbildungssymptome folgen, und zwar in der Weise, dafs nach Ablösung der Schorfe Substanzverluste und Narbenkeloide resultieren. Aufserdem wurden in zwei von den mitgeteilten Fällen Sensibilitätsstörungen der Haut konstatiert. Der Verschorfungsprozefs gehe in der Weise vor sich, dafs dieser den Papillarkörper und das Corium primär betrifft, bevor das Corium verändert ist. Bei zeitig entstandenen Schorfen könne man sehr leicht getäuscht werden, wie es Verf. in Fall II auch erging, und infolgedessen denselben für künstliche Ätzung hielt.

Wegen der dieser Affektion anhaftenden Neigung zu recidivieren, könnte man an den vom Verf. 1874 mitgeteilten Fall von Zoster gangraenosus recidivus denken, jedoch unterscheiden die jetzigen Fälle sich dadurch, dafs bei den Eruptionen des letzteren volle Kongruenz mit den jeweiligen Nerventeilungen statt hatte, während dieselbe bei den ersteren Fällen vollständig fehlte, und bezieht sich die Übereinstimmung nur auf die Art der Hautveränderung, den cyklischen Verlauf der einzelnen Ausbrüche und auf die Recidive. Mit Rücksicht auf die Abweichung im anatomischen Verlaufe mufs Verf. obige Fälle als atypischen Zoster gangraenosus ansehen. Nach den bisherigen histologischen Untersuchungen ist der Zoster als eine neurotische Affektion zu betrachten; indem nun Verf. unerörtert läfst, ob die Vasomotoren oder die hypothetischen trophischen Nerven in Betracht kommen, wird er jedoch in diesen Fällen, wie beim Zoster recidivus, zu der Annahme gedrängt, dafs nicht allein eine Erkrankung der Spinalganglien, sondern auch der vasomotorischen Zentren des Rückenmarkes angenommen werden mufs.

Wegen der auf so verteilte Gebiete des Nervensystems zerstreuten Ausbrüche, wie sie die mitgeteilten Fälle darbieten, mufs auch eine zeitweilige Erkrankung oder Labilität der spinalen und vielleicht auch der cerebralen vasomotorischen Zentren angenommen werden. Solche Störungen und deren Folgen sind aber auch in ähn-

Digitized by Google

licher Mannigfaltigkeit bei Hysterischen zu beobachten. Verf. betrachtet daher die mitgeteilte Affektion als eine auf hysterischer Grundlage beruhende vasomotorische oder trophoneurotische Störung und bezeichnet deshalb die Krankheit als Zoster gangraenosus hystericus. *Gründler-Dresden.*

v. Kogerer (Wien) erwähnt in seinem Aufsatze über Antipyrin-Behandlung des hektischen Fiebers (*Wien. klin. Wochenschr.* 1889. No. 42), dafs er in 2 Fällen von Infiltratio tuberc. pulmonum das Mittel wegen immer wieder auftretenden Antipyrin-Exanthems hat weglassen müssen. *Pauly-Nervi.*

Spezifische Entzündungen.

a. *Oberhauterkrankungen.*

Klinisches und Ätiologisches über Favus, von Dr. Joh. Fabry. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. Heft 4.) F. teilt einen Fall von umschriebenem Favus herpeticus auf der rechten Wange eines 13jährigen Mädchens mit, aus dessen Scutulis es ihm unter Befolgung der gehörigen Kautelen gelang, zwar nicht den Quinckeschen α-Pilz, wie erwartet war, wohl aber dessen γ-Pilz rein zu züchten. Von dieser Reinkultur erzeugte Verf. auf seinem rechten Vorderarm wieder einen Favus herpeticus, jedoch ergab die von diesem Impffavus versuchte Kultur ein negatives Resultat.

Auf Grund der in den letzten Jahren angestellten Züchtungsversuche kommt F. zu folgenden Schlufsfolgerungen:

1. Auch der γ-Pilz, welcher nach Quincke bei Favus der häufigste ist, kann Favus herpeticus erzeugen, was durch Picks Untersuchung ebenfalls bestätigt ist.
2. Der α-Pilz scheint sehr selten vorzukommen.

Als Nährboden bevorzugt F. solche aus erstarrtem Blutserum und Hydrocelefiüssigkeit, welcher nach Kochs Methode sterilisiert und zur Erstarrung gebracht worden war. *Gründler-Dresden.*

Pemphigus acutus epidemicus, von A. d'Haenens. (*La Clinique.* 1889. No. 40.) H. hat auf der Station des Dr. Max eine Epidemie von Pemphigus acutus beobachtet, die nach und nach 11 Kinder im Alter von 2 Tagen bis 13 Monaten befiel. Die allgemeine Eruption, der einzelne lokale Schübe vorausgingen, befiel hauptsächlich das Abdomen und die Lenden, niemals aber das Gesicht, die Palmar- und Plantarflächen. Die Kinder waren meist dyspeptisch, fieberlos und niemals kachektisch. Das allmähliche Befallenwerden der Kinder macht den kontagiösen Charakter der Affektion wahrscheinlich. Die Epipemie beschränkte sich auf die Kinder; Ammen wurden nicht davon befallen.[1] *Dubois-Havenith-Brüssel.*

Beitrag zur pathologischen Anatomie und Natur der Elemente des Prurigo von Hebra, von H. Leloir und A. Tavernier. (*Annales de Dermat. at de Syph.* 1889. Heft 7.) Die Ansichten über die Bedeutung der kleinen Hautknötchen der Hebraschen Prurigo gehen zur Zeit noch sehr weit auseinander.

---

[1] Anmerkung der Redaktion. Jedenfalls dürfte es sich hier nicht um den echten Pemphigus acutus der Säuglinge handeln, denn dieser verläuft bekanntermafsen immer letal.

Digitized by Google

Hebra selber hielt sie für Vesikeln, Kaposi für Ekzemapapeln. Von andern wurden sie als Lichen, als Urticariapapeln, als Proliferationen des Rete Malpighi u. s. w. angesprochen. Bei diesen weit auseinandergehenden Meinungen haben die Verff. die einzelnen Knötchen von neuem auf ihre mikroskopischen Eigenschaften geprüft. Innerhalb des Rete Malpighi bilden sich durch massenhafte Zerstörung von Zellen kleine runde Höhlungen, die zu dem Ausführungsgang der Schweifsdrüsen bei seinem Durchtritt durch das Rete Malpighi in Beziehung zu stehen scheinen; wenigstens haben die Verff. einen solchen Zusammenhang so häufig beobachtet, dafs sie die Frage aufwerfen, ob der Prurigo von Hebra nicht eine Erkrankung der Schweifsdrüsenausführungsgänge zu Grunde liege. — Die genannten Höhlungen dehnen sich allmählich aus, durchbrechen aber nach oben nie die Epidermis, nach unten nie das Rete Malpighi, und es pflegen ihre Wände in späteren Stadien zu keratinisieren, so dafs sie eher einer Epidermiscyste gleichen, mit klarem serösen Inhalt, in dem nur wenige verkümmerte Epithelzellen und weifse Blutkörperchen vorkommen.

Türkheim-Hamburg.

Über einen Fall von Keratosis (Ichthyosis) follicularis, von James C. White M. D. (*Journal of cutaneous and genito-urinary Diseases.* Juni 1889.) Schilderung eines Falles von abnormer Keratosis oder Verhornung. Es fanden sich hyperämische Papeln, welche etwas gröfser als diejenigen bei Keratosis (Lichen) pilaris, sowie noch gröfsere Papeln, welche denen des Lichen planus ähnlich waren und eine dunkle rote oder violette bis bräunlich schwarze Farbe nebst einer glatten, glänzenden Oberfläche von nagelartiger Konsistenz hatten. Aufserdem fanden sich einige hornartige Massen von länglicher Form, sowie einige weitere hornartige Platten, welche fischerhaben und von schwarzer Farbe waren und der Ichthyose noire cornée der Franzosen ähnelten. Daneben bestanden einige kreisförmige Erhebungen mit zentraler, blindendender Depression, von fast einem halben Zoll Durchmesser, deren Aussehen ganz mit dem eines kraterförmigen, auf den Schläfen lokalisierten Epithelioms übereinstimmte. Mikroskopische Schnitte von einem dem Abdomen entnommenen Horn erwiesen sich bei Färbung mit Pikrokarmin als aus Epithelzellen zusammengesetzt; hier und dort fanden sich im Harn verstreute Körper, welche sich mit Pikrinsäure glänzend gelb färbten, von konzentrischer Struktur und ähnlich den Epithelperlen waren.

Die Talgdrüsen in einem Stück der verhornten Masse traten am Rande der Affektion sehr deutlich hervor und schienen von normaler Beschaffenheit zu sein (vielleicht vergröfsert). Das Zentrum der Flecke liefs eine Hypertrophie der Hornschicht des Epithels und eine Verbreiterung derselben bis ins Corium erkennen. In der Mitte bildete das Epithel eine bis ins Corium hineinreichende Tasche. Letztere war mit einer hornartigen Masse ausgefüllt, welche thatsächlich die Grundlage zu dem aus der Masse hervorragenden Horn abgegeben hatte. Bei Färbung mit Hämatoxylin und Entfärbung mit verdünnter Salzsäure zeigte sich die Körnerschicht verbreitert, und die Zellen enthielten grofse, unregelmäfsig gestaltete, astförmige Keratohyalingebilde.

Schnitte durch das Zentrum einer der kleinen der Schulter entnommenen Papeln liefsen deutlich erkennen, dafs das Orificium folliculi erweitert und mit derselben hornartigen Masse, die in den gröfseren Gebilden sich vorfand, angefüllt war. Weiter unten sah man den Ausführungsgang einer völlig normalen Talgdrüse und noch weiter unten einen schräg durchschnittenen Haarschaft. Der ganze Prozefs kennzeichnet sich als Keratosis der Follikelmündung.

Von typischer Ichthyosis unterscheidet sich diese Affektion durch die Entstehung

Digitized by Google

in den Haar- oder den Talgfollikeln, sowie dadurch, dafs sie weder trocken noch schuppig ist, und auch dafs aufser durch das Konfluieren isolierter Stellen ein Befallensein gröfserer Gebiete nicht stattfindet.

Von Keratosis pilaris, der Ichthyosis follicularis Behrends und von der Kakotrophia folliculorum Fox ist unsere Affektion durch ihren klinischen Verlauf und ihre Neigung, erst im späteren Lebensalter aufzutreten, hinlänglich unterschieden. Von allen Formen der Ichthyosis kommt die Ichthyosis histrix oder Stachelschweinkrankheit dem Leiden am nächsten, oder ist sogar mit demselben vielleicht identisch. Ist dies der Fall, so liefert das Studium der anatomischen Veränderungen bei Keratosis folliculorum den Beweis, dafs diese beiden Affektionen der Klasse der Ichthyosis follicularis angehören. *Philippi-Felsberg.*

Fall von Favus bei einem Neugeborenen, von Prof. E. de Smet. (*La Clinique.* 1889. No. 22.) Der Fall betrifft ein 15 Tage altes Kind, bei dem der Favus schon am Tage der Geburt vorhanden gewesen sein soll. Die mikroskopische Untersuchung bestätigte das Vorhandensein des Schönleinschen Achorions in den Plaques auf der Abdominalhaut der Amme. Trotz aller Nachfrage hat der Autor die Art der Kontagion nicht entdecken können. *Dubois-Havenith-Brüssel.*

Über die derzeitige Stellung der amerikanischen Ärzte zum Lichen ruber, ein kritischer Rückblick von L. Brocq. (*Annales de Dermat. et de Syph.* 1889.) Wiedergabe von 5 im Jahre 1888 erschienenen Arbeiten amerikanischen Ursprungs über den Lichen ruber, deren wichtigste von Robinson, Taylor und Fox stammen und in dem Nachweis gipfeln, dafs Lichen ruber und Lichen planus zwei grundverschiedene Dermatosen seien; die vierte (Elliot) bringt eine Beobachtung von Lichen ruber acuminatus, und die fünfte (Fox) eine solche von Lichen ruber mit einer „Lésion moniliforme."

Bei der Kritik dieser Arbeiten entnimmt Brocq denselben, dafs 1. der Lichen ruber Hebra in Amerika vorkommt, und dafs derselbe 2. seiner Natur nach ganz verschieden ist vom Lichen planus Erasmus Wilson. Begründet werden diese beiden Sätze in einer längeren kritischen Erörterung. Darnach ist der Lichen ruber der meisten amerikanischen Dermatologen nichts Anderes als die Pityriasis rubra der Franzosen. *Türkheim-Hamburg.*

Beiträge zur klinischen Geschichte der Pityriasis rubra pilaris (Pityriasis pilaris von Devergie und Richaud), von E. Besnier. (*Annales de Derm. et de Syphilis.* 1889. Die sehr ausführliche Arbeit hat es sich zur Aufgabe gestellt, eine bislang noch wenig erkannte Form, die vielfach mit dem Lichen ruber Hebra oder verwandten Formen verwechselt wird, zu schildern.

Der 1. Teil bringt 28 Fälle, die teils, unter anderen Namen veröffentlicht, sich in der Litteratur zerstreut vorfinden, teils vom Verf. selbst beobachtet bezw. ihm von befreundeten Kollegen mitgeteilt wurden.

Der 2., kritische Teil zerfällt in 5 ungleich lange Abschnitte, deren erster sich mit den anatomischen Eigenschaften der Dermatose beschäftigt. Diese ist charakterisiert 1. durch die Rauhigkeit; die stacheligen Erhebungen der Haarfollikelöffnungen sind zwar in der Regel kegelförmig, können aber fast jede mögliche andere Form annehmen; ihre Farbe ist meistens weifs bis grau, seltener rot; in typischen Fällen ist die Spitze kraterförmig eingesunken, und aus dem Grunde des Kraters pflegt dann wohl ein abgebrochenes Haar hervorzuragen. Die Gebilde sind trocken und hart und verleihen der Haut das Ansehen einer „Gänsehaut". Der

Digitized by Google

Ausschlag kommt, mit Ausnahme der behaarten Kopfhaut, überall auf der Haut vor; an den Hand- und Fufsflächen aber nur äufserst selten und dann rasch wieder verschwindend.

Der anatomische Sitz dieser Stacheln befindet sich in der Höhe namentlich der Haarfollikel-Öffnungen. (Bezüglich der Histologie verweisen wir auf das Original.) Durch Verschmelzung einzelner Stacheln entstehen körnige Plaques und Streifen. Später ähneln dieselben einem veralteten sogenannten Ekzema lichenoides, einer Psoriasis etc.

2. Durch die schnell eintretende Abschuppung der Hornschicht. Zuweilen bildet sie das erste sichtbare Symptom der beginnenden Krankheit; sie ist fast immer und überall kleienartig und nur an den Hand- und Fufsflächen wird sie für gewöhnlich lamellös. Das Verhalten der Haare während der Krankheit ist bei einem und dem nämlichen Individuum durchaus verschieden: während sie auf dem Kopf bleiben, können sie in den Achseln und an den Pubes ganz ausfallen, auf den Extremitäten dagegen üppig wachsen. Der Bart bleibt mindenstens verschuppt.

3. Durch die Röte und Vergröfserung der Hautfalten. Diese treten erst im weiteren Verlaufe der Krankheit, nach Bildung der Hautstachel, auf. Die Röte, zuerst auf die Follikel beschränkt, greift später auch auf gröfsere Strecken über; anfangs verschwindet sie noch auf Druck und ist mit keiner merklichen Hautschwellung verbunden; bei den Plaques und Streifen aber schwillt durch stärkere Füllung der Kapillaren und leichte Infiltration des Papillarkörpers auch die gesunde Hautdecke an und füllt die Thäler zwischen den einzelnen Plaques aus, die Desquammation breitet sich über die Oberfläche aus, eine gleichmäfsige Röte überzieht die Teile, und der Zustand der Pityriasis rubra ist fertig. Jetzt vergröfsern sich auch die Riffelungen der Haut, und man kann die feinen Linien wahrnehmen, die durch die Papillen der Schweifs- und Talgdrüsen gebildet werden.

Symptomatologie, Atiologie. Die Pityriasis rubra pilaris befällt häufiger das männliche als das weibliche Geschlecht, beginnt gewöhnlich schon in der Kindheit oder im Jünglingsalter, fast stets ohne nachweisbare Ursache, meistens auch ohne Prodromalerscheinungen. Gewöhnlich nimmt das Leiden an den unbedeckten Körperteilen seinen Anfang, um dann schneller oder langsamer an Ausdehnung zu gewinnen. Je nach dem Sitz nimmt der Ausschlag etwas verschiedene Gestalt an und verhält sich verschiedenartig. Niemals bietet das Allgemeinbefinden nennenswerte Störungen dar. Als einzig Pathologisches in dieser Beziehung ist bei vielen Patienten das Schwinden des Fettes im Unterhautzellgewebe zu verzeichnen. Über etwas Hautjucken, oder gar über unerträgliches Brennen und Stechen wird in der Regel geklagt. Der Verlauf der Krankheit bis zu dem Augenblick, wo sie ständig bleibt, ist subakut bis chronisch. Rückfälle in gröfseren Intervallen sind sehr häufig und wohl mehr als erneute Anfälle desselben, latent fortbestehenden Leidens zu betrachten. Das Leben wird niemals durch diese Affektion bedroht.

Anatomische und klinische Differentialdiagnose. Das Wesen dieser Dermatose besteht in einer Störung der Verhornung (Kératinisation) der Epidermis und beginnt mit einer Hyperkeratose in der Wand des Infundibulum folliculare in den anliegenden Talgdrüsen und im Nagelbett. Im weiteren Verlaufe kommt es zur Hyperämie der Kapillaren im Papillarkörper, niemals zur Folliculitis oder zu einem Exsudat oder zur Furunculosis. Bei der Pityriasis rubra pilaris ist also die Störung in der Epidermis das Primäre, das Ursächliche.

Natur und Pathogenese. — Benennung. Die Pityriasis rubra pilaris ist aufzufassen als eine trophische Störung der Epidermis (Dysepidermotrophie). Was

Digitized by Google

die Bezeichnung anbelangt, so hat Besnier zu dem von Devergie gebrauchten Ausdruck „Pityriasis pilaris“ das Attribut „rubra“ hinzugefügt, um die bei dem Leiden so häufig auftretende und so wichtige Rotfärbung der Haut anzudeuten.

Die Behandlung ist eine recht undankbare; neben einer entsprechenden Diät sind Arsen und Leberthran immerhin zu versuchen. Äufserlich haben sich häufige und verlängerte Bäder bewährt, Einreibungen mit Glycerin, mit fettigen Stoffen, wie Leberthran, Ol. Cadini, mit Acid. salicyl. und Acid. pyrogallicum; Anwendung von Quecksilber- und anderen Pflastern. *Türkheim-Hamburg-*

b. *Cutiserkrankungen.*

Über die mechanische Behandlung des Erysipels, von A. Wölfler (Graz). (*Wiener klin. Wochenschr.* 1889. No. 23—25.) Seiner früheren, weniger zugänglichen Arbeit in den *Mitteilungen des Vereins der Ärzte in Steiermark* (Jahrgang 1888) hat W. eine neue folgen lassen. Er berichtet darin über 18 neue Fälle von Erysipel, welche er nach seiner Methode mit Umgrenzung vermittelst gut klebender Heftpflasterstreifen behandelt hat. Nur einmal war das Resultat aus äufseren Gründen ein ungenügendes, in allen anderen Fällen, namentlich auch bei 12 Gesichts-Erysipelen, gelang es vollkommen, das Weiterschreiten der Krankheit aufzuhalten. Fast immer drang das Erysipel bis an die Heftpflasterstreifen heran, die Haut schwoll hier mächtig an und es vergingen einige Tage, bis sie wieder abschwoll; erst dann trat auch die Entfieberung ein. Gut ist es, in der Entfernung von einigen Zentimetern von dem ersten noch einen zweiten Sicherheitsstreifen anzulegen, auch mufs 1—2 mal am Tage nachgesehen werden, ob die Streifen nicht locker geworden sind. Mitunter überschreitet das Erysipel in abgeschwächter Intensität den ersten Streifen einige Finger breit, um sodann rasch zu erlöschen. Eine Reihe instruktiver Abbildungen erläutert die Methode und die sehr schönen Erfolge W.s.

Pauly-Nervi.

Graue Quecksilbersalbe als Abortivum gegen Panaritium, von Dr. A. Model in Memmingen (*Therap. Monatsh.* No. 10.) Im Anfangsstadium eines Panaritiums hat M. als probat gefunden, die ganze bedrohte Endphalange, nach genügender antiseptischer Reinigung, bis zur Längsmitte des Fingers herab mit einem dicken Hut von konsistentem Ung. ciner. dicht zu umgeben und denselben — mit Sublimatgaze und sicherndem Gummifinger überzogen — ununterbrochen liegen zu lassen. Vorderarm und Hand in Mitella. Schwellung, Rötung, Hitzegefühl und das lästige Klopfen nahmen ab, eigentliche Eiterung trat nicht ein, und die partiell etwa emporgehobene Epidermis stiefs sich später (besonders um die Anwachsstelle des Nagels herum) ganz oder fast ganz trocken ab.[1] *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Behandlung des Erysipelas migrans, von Dr. Carl Rosenthal. (*Berl. klin. Wochenschr.* No. 42.) Verf. empfiehlt die Pirogoffsche Kampfer-Schwitzkur in Verbindung mit den Huetterschen Karbolinjektionen, indem er bei einem Fall von Erysipelas migrans durch diese kombinierte Behandlung einen günstigen Erfolg zu verzeichnen hatte. *L. Hoffmann-Berlin.*

Zur Kenntnis der Acne frontalis seu varioliformis (Hebra), **Acne frontalis necrotiva** (Brocq), von Prof. F. J. Pick. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* 1889. Heft 4.)

[1] Ref. hat dieselben Wirkungen von dem Unnaschen Hydrarg.-Karbolpflastermull gesehen, wenn solcher fest um den Finger gelegt wird.

Digitized by Google

Unter Mitteilung zweier Krankenberichte spricht Verf. seine Ansicht dahin aus, dafs es sich bei diesen Krankheiten um zwei verschiedene Prozesse handelt. Sein Krankenbericht No. 1 zeigt ganz das Bild, welches uns Hebra durch Beschreibung seiner Acne varioliformis gegeben hat, ausgenommen die Lokalisation des Prozesses. Während nach Hebra die Krankheit sich ausschliefslich im Gesicht lokalisiert und auch da nur an der Stirn, hauptsächlich zunächst der behaarten Kopfhaut, sowie auch in der letzteren hier und da zerstreut auftritt, greift bei P.s Fall der Prozefs auf die Wange und den behaarten Teil des Gesichtes, auf die Ohrmuschel, den Hals und die oberen Extremitäten über.

Nach Verfs. Ansicht soll die Pustelbildung sekundär durch Infektionen mit Eiterkokken zustande kommen. Die mikroskopische Untersuchung der mit Bergs Komedonenquetscher ausgedrückten Knoten — leider wurde kein Knoten in toto excidiert — zeigt, dafs es sich um eine Neubildung von Epithel handelt, welches alsbald einer eigenartigen Degeneration verfällt und verschorft, während sich, wenn die Neubildung in die Tiefe gegriffen, in der Umgebung der epithelialen Neubildung vom Chorion aus eine kleinzellige Infiltration entwickelt und zur Narbenbildung führt. Eine Beziehung zwischen den neugebildeten Epithelknoten und den Talg- oder Haarbälgen liefs sich nicht ermitteln, ebenso nichts über die Degenerationsvorgänge an den neugebildeten Epithelien.

Im Krankenbericht No. 2 handelt es sich nach Verf. um denselben Prozefs, welchen Boeck kürzlich beschrieben (cf. Referat *Monatshefte*. Band IX. pag. 91) und mit den Namen Acne frontalis. s. necrotica belegt hat, welche Bezeichnung Verf. gern acceptiert. Dieser Prozefs charakterisiert sich hauptsächlich durch kleine, staubförmige, hämorrhagische Pünktchen, die zusammen einen kleinen, violettroten Fleck bilden, ferner durch die ödematös imbibierte Oberhaut und die stellenweise viel stärkere und tiefergehende Verschorfung.

Weitere Beobachtungen werden hoffentlich bald zeigen, ob wir es mit zwei verschiedenen Prozessen zu thun haben. *Gründler-Dresden.*

Furunculosis und Polyurie, von R. Spillmann und P. Parisot. (*Annales de Derm. et de Syphil.* 1889. Heft 8—9.) Die Verff. teilen eine Beobachtung mit, bei der, entgegen den Behauptungen der meisten französischen Autoren, Polyurie sich mit Furunkulose komplizierte. Nach ihren Erfahrungen kommt aber Furunkulose auch mit symptomatischer Polyurie, z. B. bei Nierenkrankheiten, zusammen vor. Sie halten dieses Zusammentreffen nicht für zufällig, sondern lassen das Hautleiden von der starken Wasserentziehung abhängig sein. Die Hautatmung leide vor allem infolge der grofsen Menge Wasser, die mit den Nieren ausgeschieden werde; die Haut gestalte sich dadurch zu einem günstigen Nährboden für die Eiterkokken.

Türkheim-Hamburg.

v. Genser (Wien) demonstrierte in der Sitzung der Ges. der Ärzte in Wien vom 25. Januar 1889 einen fast 12jährigen Knaben mit **schwerer Rhachitis**, der die besondere Merkwürdigkeit **absoluter Zahnlosigkeit** darbot. Den Milchzähnen, die ausgefallen, sind nie bleibende nachgewachsen. Atrophische Form der zahnlosen Kiefer. Aufserdem hatte der Knabe eine **Kombination von Lichen pilaris und Acne cachecticorum**; ferner eine Lücke im Schädeldache, gegen die G. das Tragen einer Schutzplatte nach Weinlechner empfiehlt. Gegen die Rhachitis wendet G. die Phosphor-Leberthran-Behandlung als die vielversprechendste an. (*Wiener klin. Wochenschr.* 1889. No. 5.) *Pauly-Nervi.*

Digitized by Google

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Syphilis und Tuberkulose, von Elsenberg. (*Gazeta Lekarska.* 1889. No. 39 u. 40.) Unter diesem Titel teilt E. einen interessanten Fall mit. Der 27jährige Kranke ist vor 1½ Jahren mit Syphilis infiziert worden. Ein Jahr später einige epileptische Anfälle mit einseitiger Facialisparese. Vor einem Monat kam eine ulceröse Hauteruption zum Vorschein.

Status. Abgemagerter, schwer kranker Mann. Morgentemperatur ca. 39° C., abends 40° C. Tuberculosis pulmonum, viel Tuberkelbacillen im Auswurf. Starke Diarrhöe. Milz vergrößert.

An der Haut der Unterschenkel, an der Stirnhaargrenze, den Schulterblättern tiefe, kraterförmige bis markstückgroße Geschwüre, scharfrandig, mit brauner Borke bedeckt; die umgebende Haut violettrot, stark infiltriert. Am Rumpf und Extremitäten frische Narben. An der vorderen Larynxfläche sitzt eine hühnereigroße, knollige, etwas fluktuierende, mit der Haut nicht verwachsene Geschwulst. Eine ähnliche knollige, fluktuierende, aber faustgroße, sehr schmerzhafte Geschwulst sitzt am 5. und 6. Rippenknorpel. Der rechte Hoden groß wie eine Apfelsine, mit dem Nebenhoden verschmolzen, Vas deferens verdickt.

Die Diagnose lautete: Ekthyma syph., Sarcocele syph., Perichondritis gummosa; Phthisis tuberculosa pulmonum et intestinorum. Die Sektion ergab jedoch folgendes: Die perichondritischen Geschwülste bestehen aus verkästen Knoten, sind zentral erweicht. Der Hoden besteht fast gänzlich aus erbsen- bis nußgroßen, grauweißen oder gelben verkästen Knoten; der Nebenhoden verkäst, mit Kavernen im Kopf und Schweif. Verkäste Knötchen und Knoten in den Lungen (auch alte Kavernen etc.), Pleura, Milz, Leber (bloß mikroskopische Tuberkel); im Darme tuberkulöse Geschwüre. In allen diesen Gebilden fand E. typische Tuberkel; die Tuberkelbacillen sind überall in ungeahnter Menge vorhanden, manches mikroskopische Bild vollständig verdeckend. An den Hautgeschwüren fand E. eine breite Infiltrationszone, aus Rund- und Plasmazellen bestehend (doch keine Riesenzellen), mit zahllosen Tuberkelbacillen. Der Autor hält die Hautveränderungen für Ekthyma syphiliticum mit sekundärer Einwanderung von Tuberkelbacillen (vom Blut aus).

Funk-Warschau.

Beiträge zur Kenntnis der pharyngonasalen Syphilisaffektionen, von Dr. P. Gerber. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* Heft 4. 1889.) Nach Anführung und Besprechung der bis jetzt über diese Lokalaffektion bekannten Litteratur bringt Verf. 25 ausführliche Krankengeschichten, von denen die 14 ersten sich auf Syphilide der Nase resp. des Nasenrachenraumes beziehen. Bei Fall 15 handelt es sich um eine nur im Nasenrachenraum lokalisierte Syphilis, während die Fälle 18—27 sich auf Syphilis der Nase resp. des Nasenrachenraumes und der Mundrachenhöhle beziehen.

Nach gründlicher Besprechung kommt Verf. am Ende seiner Arbeit zu folgenden Schlußfolgerungen:

1. Die größte Gefahr für die auftretende pharyngonasale Syphilis fällt in das Zeitintervall des 1.—3. und des 8.—14. Jahres.

2. Bei der pharyngo-nasalen Syphilis ergibt die Exploration des übrigen Körpers in einer beträchtlichen Zahl von Fällen ein vollkommen negatives Resultat.

3. Vorausgegangene Hg-Kuren prädisponieren keineswegs zu den tertiärsyphilitischen Affektionen der Nase, des Nasenrachenraumes und der Mundrachenhöhle.

Digitized by Google

4. Furchenförmig in sagittaler Richtung verlaufende Ulcerationen der Nasenscheidewand sprechen in dubio für einen syphilitischen Ursprung des Geschwürprozesses.

5. Der Foetor ist bei der Rhinitis syphilitica ulcerosa durchaus kein konstantes Symptom und hat, wenn es vorhanden, nichts für Lues Charakteristisches.

6. Die als Sattelnase bezeichnete Difformität ist nicht von Defekten der Nasenscheidewand abhängig.

7. Syphilis des Nasenrachenraumes kann bestehen ohne irgend eine erkennbare Veränderung in der Mundrachenhöhle.

8. Die rhinoskopische Untersuchung ist für die Erkenntnis der früheren Stadien der Syphilis der Nase, wie des Nasenrachenraumes absolut unentbehrlich.

9. Eine zweckmäfsig geleitete spezifische Lokal- und Allgemeinbehandlung verhindert selbst nach monatelangem Bestehen syphilitischer Infiltrations- und Ulcerationszustände in Nase und Nasenrachenraum oft noch das Auftreten der bleibenden Destruktionen, und erweist sich bei rechtzeitiger Anwendung ausnahmslos erfolgreich.

10. Die im Gefolge der spät-syphilitischen Infiltrations- und Ulcerationsprozesse in der Nasen- und Mundrachenhöhle meist sich entwickelnde Atrophie der betroffenen Gewebe hintenanzuhalten, ist indes auch eine rationelle Therapie aufser stande.

Gründler-Dresden.

Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Thymol- und Salicylquecksilber, von Dr. Eduard Welander-Stockholm. (*Archiv f. Dermat. u. Syph.* Heft 4. 1889.) Angeregt durch die interessanten Versuche von Jadassohn und Zeising benutzte Verf. das Salicyl- und Thymolquecksilber zu Injektionen, à 10 cg Hg-Salz in 1 g Paraffinum liquidum enthaltend.

Im ganzen wurden von ihm auf diese Weise 61 Personen mit Thymol-Quecksilber behandelt, und zwar erhielt im Krankenhause jeder Patient im Mittel 6—7 Injektionen innerhalb 26—27 Tagen, also jeden vierten Tag eine Injektion, während in der Privatpraxis durchschnittlich jeder Patient im Mittel 5—6 Injektionen in 31—32 Tagen erhielt. Im grofsen und ganzen war die Behandlung schmerzlos, dahingegen stellten sich oft mehr oder weniger grofse Infiltrationen ein. Abscefsbildung trat nur in einem Falle ein, und war der Eiter desselben stark Hg-haltig, jedoch konnten keine Mikroorganismen gefunden werden. Schon nach der 2. und 3. Einspritzung war die Hg-Ausscheidung im Urin sehr bedeutend, und besonders am Schlufs der Behandlung war eine grofse Menge Hg im Urin vorhanden, ja in einem Falle konnten noch 100 Tage nach der letzten Injektion bedeutende Mengen desselben im Urin nachgewiesen werden.

Salicylquecksilberinjektionen hat Verf. nur in 7 Fällen gemacht, jedoch in allen mit besonders günstigen Resultaten in therapeutischer Hinsicht, ebenso hat die Hg-Untersuchung des Urins eine schnelle und kräftige Hg-Resorption bestätigt. Nur weil bei den Salicylquecksilberinjektionen die Kanüle sich verstopfte, was bei Thymolquecksilber nicht zu merken, und weil nach Salicylquecksilberinjektionen in der Regel die Infiltrationen gröfser waren, hat der Verf. sich veranlafst gesehen, dem Thymolquecksilber den Vorzug zu geben. Auch haben von 12 Patienten, die abwechselnd mit dem einen und dem anderen Präparat behandelt waren, 10 erklärt, dafs bei Salicylquecksilber die Schmerzen gröfser wären. Abscesse hat Verf. nach Salicylquecksilber nicht beobachtet, ebenso keine bemerkenswerte Stomatitis.

Dafs Verf. nach Thymolquecksilberinjektionen oft gröfsere Infiltrationen als Jadassohn und Zeising erhalten hat, kann möglicherweise auf den mehr subkutanen als intramuskulären Injektion beruhen.

Digitized by Google

Die Schlufsfolgerung der Arbeit ist die, dafs die Injektionen mit essigsaurem Thymolquecksilber

1. denen mit Salicylquecksilber vorzuziehen sind.

2. Sie haben einen grofsen Vorzug vor den Kalomelinjektionen, weil sie viel weniger schmerzhaft sind und höchst selten Abscesse machen, im übrigen auch nicht die schweren Folgen haben, welche die Kalomelinjektionen in grofser Dosis zeigen können.

3. Sie sind den $HgCl_2$-Injektionen vorzuziehen, weil sie ohne eigentliches Unbehagen der Patienten eine bedeutend gröfsere Menge Hg denselben in gleicher Zeit zuführen können. *Gründler-Dresden.*

Aus der Praxis.

Nr. 13. **Symmetrische Keratodermie oder keratoides Ekzem der Hände.** Ich leide an einer Hauterkrankung der Finger und Hohlhand, gegen welche meine eigene Therapie und die der Kollegen bis jetzt völlig im Stiche gelassen hat. Zuerst wird die Haut der Finger hart und sprödig, fühlt sich derb an; in diesem Zustande entstehen bei stärkeren Fingerbewegungen, wohl auch einigem Druck, wie z. B. beim Zahnziehen, quer und längs verlaufende Rhagaden, welche sehr schmerzhaft sind und nach einigen Tagen wieder heilen. Unterdessen häutet der Finger allmählich ab; gewöhnlich von den heilenden Rhagaden ausgehend fallen die Schwielen in Fetzen und Schuppen von selbst ab oder lassen sich leicht mit Nagel oder stumpfem Messer wegnehmen. Unter den entfernten Schwielen erscheint dann die neue leicht gerötete Haut, welche allmählich in die gesunde Umgebung übergeht. Nach einiger Zeit aber nehmen die mit verdünnter Hautschicht bedeckten Stellen wieder ihre alte schwielige Beschaffenheit an, und der Prozefs beginnt von neuem. Zur Zeit sind hauptsächlich folgende Stellen befallen: der Zeigefinger rechts an der Beugeseite in seiner ganzen Länge, eine kleine Stelle an der Falte zwischen drittem und viertem Gliede des Ringfingers, das grofse Glied des kleinen und mittleren Fingers, der Kleinfingerballen und die Falte zwischen Zeigefinger und Daumen, der Daumen in der Falte zwischen dem ersten und zweiten Gliede; die linke Hand ist nicht in dem Mafse, aber ebenfalls nur an der Beugeseite und annähernd symmetrischen Stellen befallen; doch ist die Symmetrie keine ganz vollständige, es sind nicht überall dieselben Seiten der Finger befallen etc. Die Krankheit verursacht kein Jucken, eine Sekretion findet nicht statt, im Gegenteil, während die Hohlhand und die Innenseite der Finger in Transpiration geraten, bleiben die kranken Stellen dabei durchaus trocken. Die Affektion besteht seit ungefähr einem Jahre und breitet sich sehr langsam, aber sichtbar aus; an andern Hautkrankheiten habe ich niemals gelitten, an Kopfschuppen leide ich nicht in höherem Grade, wie es wohl normal ist. So unbedeutend das Leiden erscheint, so quälend ist es für mich in der Praxis. *Dr. E. in B.*

Antwort der Redaktion: Es kann sich nur um zwei hier in Betracht kommende Affektionen handeln: einmal um die symmetrische Keratodermie (Besnier), welche nicht zur Gruppe der Ekzeme gehört, sondern mutmafslich neurotischen oder trophoneurotischen Ursprungs ist, oder um das keratoide Ekzem der Handteller, welches nach meinen Erfahrungen immer seborrhoischen Ursprungs ist. Ohne in absentia ein definitives Urteil in Ihrem Falle abgeben zu wollen, mufs ich es doch als das wahrscheinlichste betrachten, dafs die bei Ihnen aufgetretene Keratose ekzematöser resp. seborrhoischer Natur ist.

1. ist es ein allgemein verbreiteter Irrtum, dem auch Sie verfallen, eine geringe

Digitized by Google

Pityriasis capitis für normal zu halten. Die geringste Spur derselben enthält genügende Keime für alle Formen seborrhoischer Ekzeme, die sich im Anschlusse daran entwickeln können.

2. Es spricht weiter für die seborrhoische Natur die regionäre Symmetrie der Affektion, d. h. eine Symmetrie, welche durch die gleiche anatomische Gesamtkonstitution symmetrisch liegender Hautteile, aber nicht durch symmetrisch abgehende Nerven und Arterien bestimmt wird. Die symmetrische Keratodermie anderseits folgt gerade der Verteilung der letzteren.

3. Endlich liefse sich für die seborrhoische Natur noch anführen die Periodicität im Verlaufe der Krankheit; die symmetrische Schwielenbildung pflegt nur durch äufsere Einflüsse härterer Arbeit etc. sich wesentlich zu modifizieren. Ihre Affektion zeigt periodische Schälungen, also wohl periodisches An- und Abschwellen der unterliegenden Cutis.

Anderseits verhehle ich mir nicht, dafs das vollkommene Fehlen von Nässen und Jucken sonst mehr der symmetrischen Schwielenbildung eigentümlich ist, als dem keratoiden Ekzem. Jedenfalls würde ich die Behandlung in dem Sinne anraten, als ob wir es mit letzterem zu thun hätten. Vor allem bedarf das Kopfschuppen bei Ihnen die gewöhnliche gründliche Beseitigung durch den permanenten Gebrauch einer 5% Schwefelpomade, welche vom Wärter oder Friseur auf die Kopfhaut einzureiben ist; sodann erfordert die Erkrankung der Hand Ihres Berufes wegen eine intensive nächtliche Behandlung und eine schwache Tages über. Die erstere besteht in Resorrindunstumschlägen; Sie bedecken die erkrankte Stelle mit kleinen Wattekompressen, welche mit einer 2%igen Resorcinlösung getränkt sind, hüllen darauf die ganzen Hände in einen wasserdichten Umschlag, der fest niedergebunden wird. Vorher geht abends ein Reinigungsbad beider Hände mit Seife, damit Sie morgens bei Lüftung des Dunstumschlags nicht gezwungen sind, die Hände zu waschen, wodurch dieselben nur noch sehr viel spröder werden würden. Sofort nach dem Abnehmen des Dunstverbandes am Morgen reiben Sie sich vielmehr die erkrankten Stellen mit einem Salbenstifte ein, etwa einem Zinksalbenstifte oder Zinkoxyd-Quecksilberoxydsalbenstifte, wie Dieterich in Helfenberg dieselben für diesen Zweck anfertigt. Einen solchen Stift müssen Sie tagsüber auf der Praxis bei sich tragen, um nach jedem notwendig werdenden Waschen, welches am besten mit meiner überfetteten Grundseife geschieht, die spröden Stellen wieder mit dem Salbenstifte zu bestreichen. Darauf folgt abends vor dem Zubettgehen wieder eine Waschung und Anlegung eines Resorcindunstverbandes.

Unter dieser Behandlung wird die Rhagadenbildung sofort aufhören und hoffentlich auch die ganze Affektion, wenn die Diagnose eine richtige war. *Unna.*

Antwort auf Frage No. 11 in No. 9. Das von Ihnen erwähnte **Natriumsulfhydrat** kann man sehr wohl zur Depilierung, d. h. zur zeitweiligen Enthaarung verwerten und zwar am besten in einer Mischung von 1 Teil des Salzes mit 8 Teilen Wasser. Die Paste mufs indes stets ganz frisch bereitet sein, da ihre Wirkung schon nach 8—10 Stunden ganz wesentlich abgeschwächt wird und unter Umständen gänzlich oder doch zum Teil versagt. Eine andre Frage ist die, ob das Natriumsulfhydrat gerade das zweckmäfsigste Depilatorium sei. In der Hand des Arztes selbst mag nichts gegen den Gebrauch desselben einzuwenden sein, aber dem Laien, der nicht weifs, dafs diese Schwefelverbindung zu den schlimmsten und grofse Narben hinterlassenden Ätzungen führen kann, der also auch in seiner Unkenntnis das zuweilen schon nach 1—1½ Minuten auftretende starke „Brennen“ als zur Depilationswirkung gehörig betrachtet, darf man das Präparat wohl kaum zum eigenen Gebrauche überlassen.

Digitized by Google

Seit alter Zeit sind im ganzen Orient zur gewohnheitsmäfsigen Depilation bei Frauen die Sulfide und Sulfhydrate der alkalischen Erden, vor allem Calciumsulfhydrat in Form von Pasten gebraucht worden. Indes erwiesen sich sowohl die schwierige Bereitungsweise wie auch ihr Geruch nach Schwefelwasserstoff und namentlich ihre geringe Haltbarkeit als ein Hindernis für einen ausgedehnten und allgemeinen Gebrauch. Durch den Wunsch geleitet, in der dermatotherapeutischen Behandlung verschiedener stark behaarter Körperstellen durch den Haarwuchs nicht behindert zu sein, haben wir uns schon seit einiger Zeit des früher schon von Frankreich aus bekannten Baryumsulfids als Depilatorium bedient und dasselbe als ein zweckmäfsiges und im Gebrauch sehr handliches Mittel schätzen gelernt. Dasselbe läfst sich bequem, unbeschränkt lange, gänzlich geruchlos, und als ein zum Gebrauch stets fertiges Pulver aufbewahren und ist dabei sicher und milde in seiner Wirkung, namentlich im Gegensatz zum Schwefelnatrium (genauer Schwefelwasserstoff-Schwefelnatrium). Im Handel und also auch in den Apotheken ist das Pulver nicht erhältlich, doch kann jeder Apotheker dasselbe leicht nach folgender Vorschrift herstellen. Aus gepulvertem Schwerspat und Kohle wird mit Hilfe von Leinöl eine steife Paste gemacht, die man, in Wurstform ausgerollt, in einem starken Kohlenfeuer gut ausglüht. Die zu Pulver zerstofsene Wurst liefert unser — durch beigemengte Kohlepartikel dunkelgrau gefärbtes — Präparat, das man nach folgender Formel verschreibt:

Barii sulphid. 50%
Amyli
Zinci oxydat. ā 25%.

Zum Gebrauch rührt man dies Depilatorium mit der erforderlichen Menge Wasser zu einer weichen Paste an, die man strohhalmdick mittels eines biegsamen Spatels — (aus Eisen) am besten „Malerspachtel" — auf der zu enthaarenden Stelle ausbreitet. Nach dem Eintrocknen, d. h. etwa 10 Minuten hebt man die Paste wieder ab von der nunmehr ganz glatten Haut. Selbst bei ekzematös oder anderweitig erkrankter Haut wird man kaum je irgend welche subjektiv oder objektiv wahrnehmbare Reizerscheinungen an der enthaarten Haut bemerken, nur den einen Fall ausgenommen, dafs man zwei Tage hintereinander das Mittel an derselben Stelle anwendet. Diese Bemerkung hatten wir in der ersten Zeit zu machen öfter Gelegenheit, wo wir statt mit einem 50% Präparat mit einem 25% und 30% arbeiteten und dabei zuweilen eine ungenügende Depilation bei der erstmaligen Anwendung erzielten.

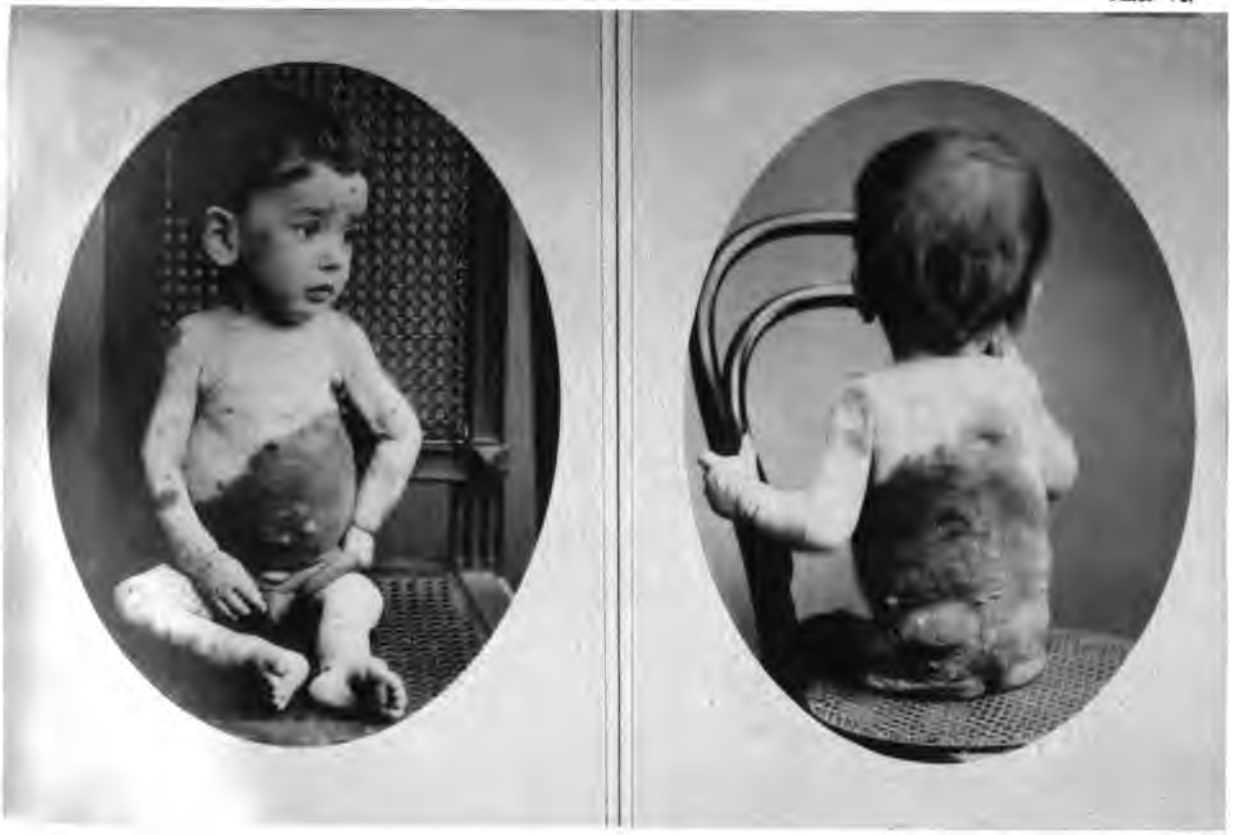
Aufser dieser Depilationswirkung des Baryumsulfids, welche im wesentlichen in einer Auflösung fertiger Hornsubstanz (des Haares) besteht, hat aber das Mittel augenscheinlich noch eine spezifische Schwefelwirkung, welche sich wahrscheinlich sehr nutzbar in der Dermatotherapie wird verwerten lassen. *Dr. Clasen-Hamburg.*

Zur gefälligen Beachtung.

Mit dem nächsten Hefte schliefst der neunte Band der Monatshefte für Praktische Dermatologie. Um Störungen im Empfang der Fortsetzung zu vermeiden, werden die verehrlichen Abonnenten um rechtzeitige Erneuerung ihrer Abonnements ersucht.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google



EICHHOFF, NAEVUS PILOSUS-MOLLUSCIFORMIS.

Digitized by Google

Digitized by Google

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band IX. No. 12. 15. Dezember 1889.

Aus Dr. Unnas Klinik für Hautkrankheiten in Hamburg.

Zur Behandlung der Trichophytia capitis.

Von

P. G. Unna.

Vortrag, gehalten in der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Heidelberg.

Die Frage der Trichophytonbehandlung war auf dem Pariser internationalen Kongresse zur Diskussion gestellt. Bei dem brennenden praktischen Interesse, welches diese Frage speziell für London und Paris besitzt, versprach die sich entspinnende Diskussion für uns Deutsche sehr lehrreich zu werden. In jedem Londoner Hospital werden jährlich poliklinisch mehrere Hunderte von mit Trichophytie behafteten Kindern behandelt; ähnliche Scharen sieht das Hospital St. Louis in Paris. Welche Erfahrung summt sich hier auf, und welche Schwierigkeiten müssen sich doch der Behandlung dieser Endemien entgegenstellen, wenn man — besonders in den Londoner Journalen — trotz der reichen Erfahrung immer wieder neue Behandlungsmethoden versuchen und die meisten verwerfen sieht!

Die Diskussion der Frage in Paris ergab denn auch für den unbefangenen Hörer das Resultat, dafs wir uns noch mitten im Versuchsstadium der Behandlung dieser lästigen Krankheit der Schulkinder befinden. Weder in bezug auf die Heilbarkeit überhaupt, noch in betreff der Dauer, Art und Wirksamkeit der Behandlung gab es irgend welche Übereinstimmung. Ich hatte mir — meiner auf diesem Gebiete sehr geringen Erfahrungen wegen — vorgenommen, in die Diskussion nicht einzugreifen und wurde nur wider Willen durch eine Interpellation meines verehrten Freundes Besnier in dieselbe hineingezogen. Nun aber, nachdem die Pariser Diskussion vorliegt, glaube ich getrost mit meinen wenig umfangreichen Erfahrungen über Trichophytie-Behandlung hervortreten und damit die Frage Besniers beantworten zu dürfen. Denn so gering mein Material, so gleichmäfsig günstig haben sich die Resultate der Behandlung, wenigstens in den letzten 2—3 Jahren, gestaltet.

Digitized by Google

Von der allgemein anerkannten Thatsache ausgehend, dafs wir im Chrysarobin das vorzüglichste Mittel gegen die meisten Mykosen der Haut besitzen, habe ich dieses Mittel für die Trichophytie der Kinderköpfe zu verwerten gesucht. Ich darf wohl aus dem überraschenden Umstande, dafs dasselbe sonst nicht allgemein verwandt wird, schliefsen, dafs die meisten Dermatologen — und mit Recht — seinen Einfluſs auf die benachbarten Augen fürchteten. Ich habe nun diesen, allerdings erschwerenden Umstand auf eine einfache Weise zu eliminieren gesucht. — Zunächst wird bei allen Kindern, auch dann, wenn nur wenige kahle Flecke vorhanden sind, der ganze Kopf kurz geschoren (nicht rasiert). Denn es zeigt sich bald während der nun folgenden Behandlung, dafs stets mehr Haare bereits ergriffen sind, als sich nach dem Aussehen derselben schliefsen liefs. Dasselbe gilt natürlich von den Köpfen, welche gar keine kahlen Stellen, sondern nur zerstreute Haarstümpfe aufweisen. Sodann wird die ganze Stirn der Kinder und ein entsprechender, die Ohren mit einbegreifender Streifen der Schläfen- und Nackengegend mit Zinkleim bestrichen. Nun folgt die sorgfältige Einpinselung des ganzen, innerhalb des Zinkleimstreifens befindlichen behaarten Kopfes mit einer starken Chrysarobinpomade, etwa meinem Ung. chrysarobini compositum:

℞	*Chrysarobini*	5,0
	Acidi salicylici	2,0
	Ichthyoli	5,0
	Ungt. simpl.	ad 100,0

oder einer sonstigen 5—10 % chrysarobinhaltigen Salbe. Der behaarte Teil des Kopfes wird sodann bis auf die Mitte des Leimstreifens mit einem vorher genau zugeschnittenen undurchlässigen Zeuge (Wachsleinwand, Guttaperchapapier etc.) bedeckt, dann der Rand desselben noch einmal überleimt, der ganze Leimstreifen mit einer anklebenden Mullbinde eingebunden und endlich eine ebenfalls vorher präparierte, eng anschliefsende Flanell- oder Wachstafftmütze aufgesetzt und mit angenähten Bändern fest niedergebunden.

Alle 24 Stunden einmal wird die Mütze abgenommen, das undurchlässige Zeug auf einer Seite eingeschnitten und zurückgeschlagen, der Kopf trocken abgewischt und mit neuer Pomade bedeckt, darauf die Spalte mit frischem Mullstreifen verschlossen und die Mütze aufgebunden. Wird hierbei wirklich vorsichtig verfahren, so darf am 4. Tage, wenn der erste Chrysarobincyklus zu Ende geht, nur der oberste Rand des Zinkleimstreifens gelb gefärbt, d. h. vom Chrysarobin beschmutzt sein. Die Gefahr wird eben umgangen, indem auf dem weifsen Hintergrunde des Grenzstreifens jede Spur Chrysarobin sofort auffällt, so dafs eine unbeachtete Berührung der Augengegend unmöglich ist. Die untere Hälfte des Streifens und die ganze Augengegend bleiben stets frei von

Digitized by Google

der intensiven Farbe des Chrysarobins. Sollte eine tiefergehende Beschmutzung des Streifens einmal eine Unvorsichtigkeit des Wartepersonals — denn nur dieses bekommt das Medikament in die Hand — verraten, so genügt es, die beschmutzte Stelle abzuwischen und frisch zu überleimen, um sie unschädlich zu machen.

Mit diesem Verbande kann man die Kinder völlig gefahrlos umherspielen, schlafen, eventuell zur Schule gehen lassen. Sie sind weder ansteckend, noch sich oder andern gefährlich.

Am 4. Tage wird die Kappe entfernt, die Chrysarobinsalbe trocken abgewischt und durch eine 5%ige Ichthyolpomade ersetzt, welche den Zweck hat, in den übrigen drei Tagen der ersten Woche die chrysarobinisierte Hornschicht reizlos und rasch zum Abfall zu bringen und die darunter liegende Haut zur natürlichen Hautfarbe zurückzuführen. Dieselbe kann durch einen feuchtgehaltenen Umschlag von 5%igem Ichthyolwasser, etwas weniger gut durch eine 5%ige Schwefelsalbe ersetzt werden. Auch diese Einsalbung wird während der 3 Tage täglich einmal wiederholt.

Nun erst, am Ende der ersten Woche, kann man völlig gefahrlos den Zinkleimstreifen nach hinten (nicht über das Gesicht) abwaschen und den ganzen Kopf gehörig mit Öl und Seife reinigen. Die kranken Stellen des Kopfes stechen nun durch ihre weifse Farbe lebhaft gegen die gesunde Umgebung, wie bei andern Dermatosen (Ekz. seborrh., Psoriasis), ab und überraschen häufig durch ihre unerwartete Anzahl. An allen diesen Stellen werden — wie vor Beginn der Behandlung — einige Stümpfe zum Zwecke genauer Untersuchung des Pilzgehaltes, im ganzen etwa 20, epiliert.

Darauf beginnt der zweite Cyklus, welcher wieder eine Woche dauert und genau verläuft wie der erste. Wiederum werden etwa 20 Stümpfe ausgezogen, um den Fortschritt der Behandlung zu konstatieren.

Ein dritter und vierter kongruenter Cyklus schliefst gewöhnlich die Behandlung ab. Ich habe bisher nicht nötig gehabt, einen fünften folgen zu lassen. Damit stellt sich also die Gesamtdauer bei meiner Behandlung und an meinem Material auf vier Wochen. Vielleicht würden sehr alte und schwere Fälle aus den Londoner Kliniken einer fünf- oder höchstens sechswöchentlichen Behandlung bedürfen. Immerhin wäre aber dieses Resultat noch himmelweit verschieden von denjenigen der besten Londoner Dermatologen, welche die Behandlung mittelschwerer Fälle stets auf Monate zu schätzen pflegen und von jahrelanger Behandlung zu berichten wissen.

Und anderseits sind meine Erfahrungen viel trostreicher als die von Besnier, welcher eigentlich an einer wahren Heilung durch Kunsthilfe ganz verzweifelt.

Dafs ich aber die Behauptung der Möglichkeit einer so raschen und

Digitized by Google

sicheren Heilung der Trichophytie so erfahrenen Kollegen gegenüber aufrecht zu erhalten wage, erklärt sich aus den Ergebnissen meiner neben dieser Behandlung fortdauernd einhergehenden Pilzzüchtungen.

Es erfordert nur eine sehr geringe Mühe, vor und nach der Behandlung und bei Beendigung eines jeden Cyklus einige verdächtige Haare auszuziehen und dieselben in Agar-Gelatineröhrchen zur Auskeimung zu bringen. Noch vor Schluſs der nächsten Woche und Beginn eines neuen Chrysarobincyklus ist man dann imstande, nach dem Resultate der Auskeimung genau zu bestimmen, ob ein Fortschritt zur Besserung eingetreten ist. Und es zeigt sich bei Einhaltung obiger Methode in der That ein Fortschritt von Woche zur Woche, bis zur völligen Sterilität der Haare bei der 4. Aussaat. Herr Dr. von Sehlen, welcher diese Untersuchungen in letzter Zeit anstellte, wird im Anschlusse an meinen Vortrag hierüber etwas eingehender berichten.

Diese Methode der Prüfung des Behandlungsresultates durch Züchtung aus einigen stehengebliebenen Haarstümpfen ist so einfach und überzeugend, daſs sie jedem Dermatologen von Fach schon zu seiner eigenen Beruhigung dringend anzuraten ist. Für die wissenschaftliche Vergleichung verschiedener Heilmethoden der Trichoyhytie ist sie jetzt schon unentbehrlich.

Rückfälle habe ich nach dieser Chrysarobinmethode nicht gesehen.

Allgemeine Kontraindikationen wird dieselbe auch kaum haben, es sei denn aus äuſseren Gründen bei einem Riesenmaterial, wie es die Londoner Kollegen besitzen. Ich kenne nur eine individuelle, und auch diese ist keine absolute. Es gibt ja bekanntlich Häute, welche eine solche Chrysarobinempfindlichkeit besitzen, daſs schon eine einmalige Applikation starke Rötung und Ödem hervorruft. Nun reagiert gerade die Kopfhaut im allgemeinen auf Chrysarobin nur träge, aber immerhin tritt auch hier nach 2—4 maliger Einsalbung ausnahmsweise ein Ödem mit oberflächlicher Bläschenbildung auf. Man läſst dann sofort die Haut sich unter 5 %igem Ichthyolwasser abschälen und verwendet das nächste Mal eine wesentlich schwächere (1 %ige) oder auſserdem noch mit Zinksalbe hergestellte Chrysarobinpomade. Die Erfolge sind dabei die gleich guten; ja bei geschickter Beherrschung der Reizwirkungen des Chrysarobins heilen diese Fälle, wie mir scheint, in noch kürzerer Zeit als die übrigen.

Ich hoffe, daſs die Londoner und Pariser Kollegen nach Prüfung dieser Methode von gleich guten Erfolgen zu berichten haben werden.

Digitized by Google

Aus Dr. Unnas dermatologischem Laboratorium zu Hamburg.

Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung bei der Chrysarobin-Behandlung der Trichophytie (Herpes tonsurans).

Von

Dr. von Sehlen,
Assistenzarzt der Klinik.

(Nach einem Vortrag mit Demonstration in der Sektion für Dermatologie und Syphilidologie auf der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte zu Heidelberg.)

Bei einer Reihe von Trichophytie-Fällen (Herpes tonsurans), welche nach der vorstehend geschilderten Methode von Dr. Unna in der Klinik mit Chrysarobin behandelt wurden, fand eine regelmäfsige bakteriologische Untersuchung statt. Dieselbe wurde anfangs nur vor Beginn und nach Schlufs der Behandlung vorgenommen, später in drei genauer beobachteten Fällen fortlaufend in gleichmäfsigen Zeitabständen, wie sie durch die periodischen Abschnitte der Behandlung gegeben waren, allwöchentlich ausgeführt.

Zur Züchtung der Pilze diente das an anderer Stelle eingehend von mir beschriebene Verfahren der Mischkultur mit Agargelatine. Nach wiederholter gründlicher Reinigung des Kopfes des Patienten mit Seifenwaschungen wurde mit sterilisierten Pinzetten eine Anzahl Haare aus der Randzone der Flecke entnommen, wobei besonders die charakteristischen Stümpfe ausgewählt wurden. Die Haare wurden dann entweder bis zur bald darauf folgenden Vornahme der Untersuchung zwischen sterilisierten Uhrgläschen aufbewahrt, welche durch Klemmen sicher verschlossen waren, oder sofort nach der Epilation in das zuvor verflüssigte und auf Körpertemperatur abgekühlte Nährsubstrat ausgesät. Nach sorgfältiger Mischung wurden die Gläschen unter Watteverschlufs schräg gelegt, bis die Agargelatine in kurzer Zeit wieder erstarrte, wodurch die einzelnen Haare und die von ihnen abgelösten Keime jeder an seinem Orte im Substrat fixiert wurden.

Nach Verlauf von 3 bis 5 Tagen wachsen in den Kulturröhrchen bei 20° C. die isolierten Keime als getrennte Kolonien aus, welche schon mit bloſsem Auge oder bei schwacher Vergröſserung aus ihrer Zahl ungefähr die Menge der ursprünglich in der Einsaat vorhandenen Pilze erkennen lassen. Von den einzelnen Kolonien können weiterhin leicht

Digitized by Google

Reinkulturen abgeimpft werden, um eventuell eine genauere Beobachtung und Artdifferenzierung der gefundenen Pilze anzustellen.

Von 2 bis 3 Haaren, welche vor dem Beginn der Behandlung in dieser Weise ausgesät wurden, ergab sich eine gröfsere Zahl von circa 50 bis 100 Kolonien. Dieselben erwiesen sich in einzelnen Fällen als vollkommen gleichartige Vegetationen des typischen Trichophyton-Pilzes, welcher demnach ohne Beimischung anderer Keime, als Reinkultur in den befallenen Haaren vorhanden war.

Mitunter traten noch vereinzelt andre Kolonien auf, welche einer mehr zufälligen Beimischung andrer Keime entstammten. Die Kolonien des Trichophyton entwickelten sich kräftig und durchsetzten bald das ganze Substrat mit einem dichten Gewirr von Hyphen, während die an der Oberfläche gelegenen Kolonien sich in typischer Weise wie mit einem feinen weifsen Staube bedeckten und an der Unterseite die dem Trichophyton auf diesem Nährboden eigene gelbliche Färbung annahmen. Nach Ablauf der ersten Woche wurde vor Beginn des zweiten Chrysarobin-Turnus der Kopf wiederholt gründlich mit Seifenwaschungen gereinigt und von neuem Kulturen mit epilierten Haaren angesetzt. Unter den erforderlichen Kautelen zur Einsaat wurde etwa die doppelte Zahl von Haaren, 5 bis 6 in jedem Gläschen, verteilt und in der beschriebenen Weise kultiviert. Die Anzahl der auswachsenden Kolonien von Trichophyton war etwa die gleiche wie in der ersten Züchtungsreihe, da sie jedoch einer doppelt so grofsen Zahl von Haaren entstammten, so ergibt sich daraus eine Verminderung der Keime um den gleichen Betrag. Die Kolonien entwickelten sich anfangs nicht so üppig, wie in den vor der Behandlung angesetzten Kulturen, erst nach circa 5 Tagen wurden sie mikroskopisch deutlich erkennbar, während sie sich später zu kräftigen Trichophyton-Vegetationen ausbildeten. Das Auswachsen, welches bei der ersten Reihe von der ganzen Länge der Stümpfe aus erfolgte, war mehr auf den unteren Abschnitt der Haarwurzel beschränkt. Aus den oberen Haarabschnitten kam nebenher eine geringe Menge andersartiger Kolonien von kompakter Beschaffenheit und gelblicher Färbung zur Entwickelung. Diese bestanden, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, aus einer Mikrokokkenart, welche, auf gewöhnliche Nährgelatine übertragen, gelbe, nicht verflüssigende Kolonien bildete. Dieselben waren jedoch nicht in allen Fällen gleichmäfsig vorhanden und also eine durchaus zufällige Beimischung.

Am Ende des zweiten Turnus wurden nach nunmehr 14tägiger Behandlungsdauer wiederum Kulturen mit etwa je 8—10 Haaren angesetzt. Aus diesen wuchsen ebenfalls noch Trichophyton-Kolonien aus, sie waren jedoch in erheblich geringerer Anzahl vorhanden als in der ersten und zweiten Kulturreihe, zudem sproſsten sie nur aus dem untersten Ende

Digitized by Google

der Haarwurzel hervor, während der übrige Teil des Haares teils vollkommen frei von Vegetationen blieb, teils sich mit accidentellen Bakterien-Kolonien bedeckte, die meist aus den vorbeschriebenen Mikrokokken bestanden. Überdies war die Entwickelung beträchtlich verlangsamt, so dafs die Kolonien erst nach etwa 8tägiger Kultivierung für das bloſse Auge sichtbar waren. Späterhin wuchsen auch diese Kolonien zu kräftigen Vegetationen heran. Die anfängliche Verlangsamung des Wachstums deutet daher mit Bestimmtheit auf eine verminderte Lebensenergie der Pilze, welche durch die Behandlung hervorgebracht wurde.

In einzelnen Gläschen stellten sich eine gröſsere Menge accidenteller Kolonien ein, die aus verschiedenen Bakterienarten, hauptsächlich aber aus Mikrokokken bestanden.

Nach 3wöchentlicher Dauer des Chrysarobingebrauchs wuchsen aus den Haaren meist nur noch vereinzelte Kolonien von Trichophyton, während der gröſsere Teil der Haare frei davon war. In einem Falle kam in einer Kultur, die mit 20 bis 30 Haarstümpfen beschickt war keine einzige Trichophyton-Kolonie mehr zur Entwickelung.

Beim Abschlusse des vierten Turnus wurde eine Vegetation der Pilze in den drei Fällen nicht mehr beobachtet. Daraus ergibt sich der sichere Schluſs, daſs zu dieser Zeit entwickelungsfähige Trichophyton-Keime an den untersuchten Haaren nicht mehr vorhanden waren. Da diese nun aber die experimentell erwiesene Ursache der Krankheit sind, so folgt daraus, daſs mit ihrer Vernichtung auch das Ziel der Behandlung erreicht ist, welche mit der Entfernung der Ursache auch die Folgen derselben aufhebt und so die Heilung der Krankheit auf durchaus rationellem Wege herbeiführt.

Das Chrysarobin erwies sich mithin in dieser Anwendung als ein vorzüglich geeignetes Mittel zur Heilung der Trichophytie. Immerhin bedarf es zur Sicherung des Heilresultates einer genauen bakteriologischen Kontrolle, da sich offenbar nicht alle Erkrankungsfälle absolut gleichartig der Chrysarobinbehandlung gegenüber verhalten. In einem vierten in dieser Weise behandelten und untersuchten Falle zeigten sich die Kulturen schon am Ende des dritten Turnus nach 8tägiger Beobachtung frei von Trichophyton-Kolonien. Da die Chrysarobinbehandlung aus äuſseren Gründen, wegen einer ungewöhnlich groſsen Empfindlichkeit des Patienten gegen das Mittel, schon zu dieser Zeit sistiert war, so schien der Fall geheilt, weshalb nur eine einfache Schwefelbehandlung noch fortgeführt wurde. Bei weiterer Beobachtung derselben Kulturen zeigten sich jedoch noch ganz vereinzelte, sehr verlangsamte Vegetationen an einigen Haaren. Als nach weiteren 14 Tagen ohne daſs neue klinische Veränderungen aufgetreten waren, wiederum Kulturen von den Haaren angelegt wurden, wuchsen aus diesen kräftige Kolonien des Trichophyton

Digitized by Google

in gröfserer Zahl hervor, die erst unter erneuter Chrysarobinbehandlung verschwanden. Die unter dem ersten Behandlungscyklus reduzierten Pilze hatten sich also offenbar nach Aussetzen des Mittels wieder gekräftigt und vermehrt. Ein Recidiv wäre mithin wahrscheinlich eingetreten. Zur Sicherung des Erfolges ist daher eine erneute Untersuchung einige Zeit nach Abschlufs der Behandlung erforderlich. Erst wenn die Kulturen auch dann definitiv frei von Trichophytonentwickelung bleiben, ist eine dauernde Heilung der Erkrankung anzunehmen.

Anderseits bietet sich in dieser relativ einfachen Züchtungsmethode ein praktisches und zuverlässiges Mittel, um in bedeutend kürzerer Zeit, als es die klinische Beobachtung eines Falles ermöglichen würde, ein sicheres Urteil über das Erlöschen des Pilzwachstums und der damit Hand in Hand gehenden Infektiosität der Erkrankung zu gewinnen. Darüber entscheidet aber allein die Lebensfähigkeit der Krankheitskeime, wie sie in dem Wachstum der Pilze bei der Züchtungsmethode Ausdruck findet. Die mikroskopische Untersuchung der Haare auf die Anwesenheit der Pilze, wie sie von andrer Seite empfohlen wurde, ist bei weitem nicht so zuverläfsig, denn einerseits ist der mikroskopische Nachweis an sich nicht immer leicht, zumal wenn es sich um wenige Keime handelt, sodann aber gibt der Befund keinerlei Aufschlufs darüber, ob diese Pilze abgestorben oder noch lebens- und infektionsfähig sind. Selbst die Photographie, die HARRINGTON neuerdings zu diesem Zwecke vorgeschlagen hat, ist dazu nicht imstande. Einen Anhaltspunkt, der schon etwas sicherere Auskunft verspricht, habe ich in der tinktoriellen Reaktion der erkrankten Haare auf das von mir angegebene Verfahren der Haarfärbung gefunden. Ich will bei dieser Gelegenheit nicht unterlassen zu erwähnen, dafs diese Tinktion, welche auf der EHRLICHschen Tuberkel-Reaktion für die Hornsubstanz basiert, fälschlich von BEHREND für GUTTMANN in Anspruch genommen wird, der sie 1885 zuerst beschrieb, nachdem ich sie schon vorher selbständig aufgefunden und 1883 publiziert hatte.[1]

Die erkrankten und von Pilzen durchsetzten Haare bleiben bei diesem Verfahren nicht so schön rot gefärbt wie die gesunde Haarsubstanz, sondern geben ihren Farbstoff in saurem Alkohol wieder ab. Dadurch ist also eine Unterscheidung der kranken von den gesunden Haaren auch ohne den direkten Nachweis der Pilze möglich. Indessen setzt das Zustandekommen der Reaktion schon eine gewisse Destruktion der Haare voraus, so dafs frischere Pilzinvasionen dadurch allein nicht nachgewiesen werden können.

Über die Lebensfähigkeit der Pilze und ihrer Sporen gibt die Me-

[1] Vergl. BEHREND, Über Knotenbildung am Haarschaft. pag. 456—457 in *Virchows Archiv.* Bd. 103. 1886. — VON SEHLEN, Mikrokokken bei Area celsi. *Fortschritte der Medizin.* 1883. No. 23.

Digitized by Google

thode ebenfalls keinen Aufschluſs, dafür bietet allein die Züchtung das geeignete Mittel. Es ist darin zugleich, wie leider bisher nur bei wenigen Krankheiten, ein kürzerer und sicherer Weg geboten über die Wirksamkeit der verschiedenen Medikamente vergleichende Untersuchungen anzustellen, ein Weg, der dazu führt, das beste Mittel zur Heilung der Trichophytie auch aus einem andern Gesichtspunkte, als dem der klinischen Erfahrung über den Stillstand der Affektion zu beurteilen. Die Abkürzung der Zeit, welche sonst erforderlich ist, um aus der Heilung der Krankheit das Erlöschen der Infektionsfähigkeit zu konstatieren, hat aber auch eine groſse praktische Bedeutung. Die Trichophytie befällt zum gröſsten Teil das schulpflichtige Alter und verhindert die Patienten während ihrer Dauer wegen der Gefahr der Ansteckung am Schulbesuche. Ja sie macht ihre Träger, wie HARRINGTON sich ausdrückt, zu Pariahs der Gesellschaft. Jede Abkürzung der Ausschlieſsung vom öffentlichen Verkehr ist daher wertvoll. Für gewöhnlich aber kann die Nichtinfektiosität erst dann erschlossen werden, wenn die Krankheit nach Abschluſs der Behandlung unter längerer Beobachtung sich als erloschen erwiesen hat. Die Kultivierung der Haare ergibt jedoch schon in kurzer Frist Gewiſsheit über die Entwickelungsfähigkeit und damit die Infektiosität der Pilzkeime.

In dem Nachweis, daſs diese abgestorben sind, liegt aber zweifelsohne eine bessere Gewähr für die Nichtansteckung, als in der Benutzung einer Präventiv-Pomade, die ja sonst zur Verhütung der Infektion, schon wegen der mit ihrem Gebrauche vorhandenen besseren Pflege der Kopfhaut, ganz zweckmäſsig erscheint. In Anbetracht der praktischen Vorteile der Sicherheit des Resultats und der verhältnismäſsigen Einfachheit der Ausführung sollte deshalb die Kultivierung der Pilze als ein unerläſsliches Postulat zur Beurteilung des Kurerfolges der Trichophytie anerkannt und verwertet werden. Der sichere Nachweis für die Heilung, sowie für das Erlöschen der Ansteckungsgefahr ist erst mit dem Nachweis gegeben, daſs entwickelungsfähige Keime nicht mehr vorhanden sind.[2]

Die Resultate der Züchtung können leicht als ein bleibendes Beweisstück aufgehoben werden, wenn man die Kulturen zu Dauerpräparaten verwandelt, deren Herstellung bei weitem einfacher, deren Beweiskraft aber bei weitem überzeugender ist als die eines Photogrammes nach HARRINGTON. Es ist nur nötig, nach einer von mir geübten Methode durch Zusatz einiger Tropfen Chloroform das Pilzwachstum zu sistieren und durch

---

[2] Um die Einführung des Verfahrens in die Praxis zu erleichtern, sollen aus dem Laboratorium der Klinik auf Wunsch sterilisierte Reagierröhrchen mit dem Nährsubstrat und eventuell die erforderlichen wenigen Instrumente zum Selbstkostenpreise abgegeben werden.

Digitized by Google

einen luftdichten Verschluſs die Eintrocknung zu verhindern. Dazu genügt eine einfache Gummikappe oder noch besser das Überziehen mit einer weichen Wachsmasse, wie ich sie für den Zweck, anstatt des von andrer Seite angegebenen Paraffinverschlusses, verwende.

Was noch das Auftreten der accidentellen Keime anbelangt, die in den Kulturen mehrfach und in gröſserer Zahl zur Beobachtung kamen, so ist dasselbe ohne Frage nur als ein durchaus zufälliges Ereignis anzusehen, weil die betreffenden Bakterienarten nicht in allen Fällen sich gleichmäſsig einstellten. Immerhin liegt der Gedanke nicht fern, hier eine Art Antagonismus der Pilze anzunehmen in der Weise, daſs die Wucherung des einen den andern verdrängt oder ihm notwendige Lebensbedingungen entzieht. In unserm Falle ist wegen des nicht regelmäſsigen Vorkommens der Bakterien an eine derartige Wirkung jedoch nicht wohl zu denken. Allerdings können die beobachteten Kokken vielleicht einmal beim Zustandekommen einer leichten pustulösen Affektion mitwirken, wie sie in einem Falle beobachtet wurde, bei dem massenhafte Kokken der betreffenden Art in dem Inhalt gefunden wurden, welcher aus wohlausgebildeten Eiterzellen bestand, aber für sich allein sind sie nicht imstande, Eiterung zu erzeugen, da sie ohne solche Folgen in groſser Zahl in den Haarbälgen sich des öfteren vorfanden. Unter dem Einflusse entzündlicher Reizung, wie sie mitunter im gewissen Grade bei fortgesetztem starken Chrysarobingebrauch sich einstellt, scheinen sie jedoch günstige Bedingungen zur Erregung dieser multiplen kleinen Abscesse zu erhalten, als deren Ursache die Chrysarobinentzündung allein ebenfalls nicht angeschuldigt werden kann, weil sie nur ausnahmsweise beim Chrysarobingebrauche beobachtet wurden. Offenbar aber finden diese Kokken recht günstige Existenzbedingungen unter der Chrysarobinbehandlung, da ihre groſse Anzahl unzweifelhaft auf eine Vermehrung in der Haut zu beziehen ist, wenn sie auch ursprünglich vielleicht mechanisch in die Haarbälge eingerieben worden sind. Ihre Wucherung bietet auf alle Fälle ein beachtenswertes Beispiel der spezifischen Beeinflussung verschiedener Hautpilze unter einer bestimmten Behandlung. Ähnliche Verschiedenheiten sind ja für die Züchtung der Pilze, in der Reaktion des Nährbodens, dem Luftzutritt etc. genügend bekannt. Für die mykotischen Erreger der Hautaffektionen hat Unnas klinischer Scharfblick ähnliche Verhältnisse im voraus erkannt und für die spezifische Wirkung der Medikamente verwertet.

Wie in unserem speziellen Falle die Wirkung der Chrysarobinbehandlung auf das Trichophyton tonsurans aufzufassen ist, darüber steht eine experimentelle Entscheidung noch aus. Es wäre denkbar, daſs die hervorgerufene entzündliche Reizung der Haut oder die reduzierende Wirkung des Mittels durch Entziehung des Sauerstoffes dabei das eigent-

Digitized by Google

lich Wirksame wäre, oder es könnte sich um eine spezifische Giftwirkung des Medikamentes auf die Pilze handeln.

Während nun aber der Grad der Entzündung in keinem Verhältnis zu der Wirkung auf die Pilze steht, so würde der künstliche Luftabschlufs zwar das Aufhören der weiteren Pilzvegetation, schwerlich aber das Absterben der schon ausgebildeten Hyphen oder gar der resistenteren Sporen veranlassen können. Es bleibt daher per exclusionem nur die Annahme spezifischer Einwirkung übrig, die übrigens auch darin eine positive Bestätigung findet, dafs das Absterben der Pilze an den Haaren sich schrittweise in der Kultur verfolgen läfst, je nachdem das Medikament nach und nach in tiefere Schichten der Haarbälge eingerieben wird. Ein unmittelbarer Kontakt erscheint für die Wirkung unerläfslich, da die einfache Anwesenheit der Medikamente auf der Haut ja erwiesenermafsen noch nicht ausreicht, um alle Pilze abzutöten. Die spezifische Giftwirkung ist demnach die wahrscheinlichste Annahme, für deren Bedeutung ich experimentelle Beläge demnächst an andrer Stelle vorlegen zu können hoffe.

Über seborrhoische Affektionen und deren Beziehung zu einigen anderen Anomalien der Haut.

Von

Dr. H. G. Brooke,

Arzt des Hospitals für Hautkrankheiten in Manchester und Salford und Professor der Dermatologie am Owens College in Manchester.

Mit 1 Farbendrucktafel.

Unter verschiedenen Namen sind die hauptsächlichsten Primärerscheinungen der seborrhoischen Affektionen den Dermatologen zwar schon lange bekannt gewesen, doch hat man denselben keine sehr eingehende Beachtung gewidmet, bis unser ausgezeichneter Mitarbeiter Dr. Unna in Hamburg seine Abhandlungen über Ekzema seborrhoicum publizierte. Seine abweichende Auffassung ihrer Ätiologie und Pathologie, und die von ihm vorgeschlagene Generalisierung, infolge deren eine Reihe von einigermafsen polymorphen Zuständen zu einer einzigen Kategorie zusammengefafst werden sollen, sowie seine Behauptung, dafs diese Ano-

Digitized by Google

malien sich in grofser Ausdehnung vorfinden, haben naturgemäfs die Aufmerksamkeit aller Dermatologen auf diesen Gegenstand hingelenkt. Seine Ansichten sind auch, manchmal allerdings unter gewissem Vorbehalt, in Deutschland, Frankreich, den Vereinigten Staaten und von einigen Beobachtern in unserer Heimat bereits acceptiert worden.

Meine Aufmerksamkeit wurde auf die Wichtigkeit der von der Seborrhöe gespielten Rolle zuerst bei Gelegenheit eines meiner Besuche an Dr. Unnas Klinik vor drei Jahren besonders hingewiesen, und ich war erstaunt über die Anzahl seiner Fälle, eine fast ununterbrochene Reihenfolge von Fällen, welche die charakteristischen Anzeichen dieses Zustandes darboten. Seitdem habe ich auf dessen Vorhandensein bei den Patienten meiner Hospitals- und Privatpraxis speziell geachtet und bin immer mehr bestärkt worden in meinen Ansichten von seiner weiten Verbreitung und seinem wesentlichen Einfluſs auf andere Hautaffektionen. Sobald man anfängt auf die verschiedenen Manifestationen dieses Leidens mehr allgemein zu fahnden, so wird man zweifelsohne finden, daſs dieselben hier zu Lande ebenso häufig vorkommen als anderswo. Sie sind der Hauptsache nach charakteristisch und leicht zu entdecken, und man kann bei einiger Übung sogar geringe Grade mit grofser Sicherheit erkennen.

Die gewöhnlichsten Symptome des Leidens sind schon längst als Seborrhoea oder Stearrhoea (Wilson) oder als Acné sebacée (Bietti) beschrieben worden, da aber die Affektion oftmals andere pathologische Zustände imitiert, oder auch als Modifikation oder Komplikation von deren Symptomen auftritt, so dürfte es angezeigt sein, die meiner Meinung nach wirklich primären pathologischen Veränderungen des seborrhoischen Prozesses selbst darzulegen.

Wann immer Seborrhöe irgendwo am Körper existiert, so ist auch die Kopfhaut beinahe immer, wenn auch nicht absolut ausnahmslos, befallen. Der am gewöhnlichsten zu beobachtende Zustand ist derjenige einer geringen, fettigen Schorfbildung. Wie Tilbury Fox schon hervorhebt, ist dieses die Form, welche die meisten Fälle von Schilber (dandruff) annehmen. Dem Grade nach variiert diese Affektion sehr erheblich je nach der jedesmaligen Beschaffenheit der Haut selbst und nach den Reinlichkeitsgewohnheiten des betreffenden Patienten. Bei einigen sind die Schuppen beinahe völlig trocken, bei andern ist die Menge des sezernierten Fettes so bedeutend, daſs der Kopf wie artifiziell gesalbt aussieht. Wenn das fettige Sekret von konsistenterer Beschaffenheit oder älteren Datums ist, so bildet es schmutzige, gelbliche, fest anhaftende Schuppen, welche durch eine etwas reichlichere Epidermisabschuppung auch zu einer dicken Masse, welche wie aus kleinen Klumpen halb vertrockneten Käses gebildet aussieht, werden kann. Gelegentlich

Digitized by Google

umgibt auch die Abschuppung den Haarschaft wie mit einem weifsen Kragen; bei dieser Form bieten die Schuppen, wenn sie in reichlichen Mengen vorhanden sind, ein, wie ALIBERT sich treffend ausdrückt, asbestähnliches Aussehen dar. Diese beträchtlichen graduellen Schwankungen, welche auf den Verschiedenheiten in bezug auf die ölige Absonderung und der Intensität und Dauer der pathologischen Vorgänge beruhen, würden die Erkenntnis der Einheit dieser Affektion sehr schwierig machen, wenn es nicht möglich wäre eine genügende Anzahl von Übergängen und Bindegliedern zwischen den einzelnen Formen aufzufinden.

Defluvium capillitii ist bei allen Kranken, namentlich aber bei längerem Bestehen des Leidens ein gewöhnliches Vorkommnis; indessen kann trotz ausgesprochener Seborrhöe jahrelang ein dichter und kräftiger Haarwuchs bestehen bleiben, während schon manche der trockeneren und weniger intensiven Formen nicht selten reichlicheres Ausfallen der Haare und somit Kahlwerden hervorrufen. Die Augenbrauen können auf ähnliche Weise befallen werden, obgleich dieses weit seltener vorkommt, aber ein Ergriffensein der Barthaare, sei es auf der Wange, Ober- oder Unterlippe, ist, soweit meine Beobachtungen reichen, entschieden eine Seltenheit.

Das Vorkommen von Seborrhöe auf der Kopfhaut von Säuglingen sowohl in Gestalt gelber Krusten, als auch schuppender kleiiger Stellen ist so allgemein bekannt, dafs es genügt, dasselbe blofs erwähnt zu haben. Auf dem Gesicht zeigt sich die Affektion am häufigsten in der Form von schmutziggelben Flecken von variabler Beständigkeit. Zuweilen präsentieren sie sich als wenig scharf umschriebene Flecke, welche sich ein wenig rauh anfühlen. Häufiger aber zeigen sie eine eigene, schmutzig rötlichbraune Färbung, mehr oder weniger Fettabsonderung und eine geringe Schuppenbildung. Bei einigen Kranken sieht das Gesicht aus, als ob es fleckenweise mit einer dünnen Lage von schmutzigem Firnis überstrichen worden wäre. Gar nicht selten sind die befallenen Stellen gleichzeitig hyperämisch und ragen dann als rötliche Flatschen mit ihrem fettigen Überzuge deutlich hervor. Diese zirkumskripten chronischen Hyperämien bleiben oft noch lange bestehen, nachdem alle Spuren der eigentlichen Seborrhöe verschwunden sind, aber die Überbleibsel mit ihren scharfen Konturen und matt rötlicher oder bräunlichroter Farbe sind dann hinreichend deutlich, namentlich wenn man sie bei einer Entfernung von 2 bis 3 Fufs betrachtet, um erkennen zu lassen, dafs sich der pathologische Vorgang dort abgespielt hat. Die Diagnose findet oft eine leicht nachweisbare Bestätigung in dem Vorhandensein von verschieden grofsen Papeln, welche meistens am Rande der Flecke sitzen und entweder von einem Saume zersprungener Epidermis umgeben, oder mit den typischen fettigen Schuppen bedeckt sind. Selbst wenn keine Hyperämie

Digitized by Google

mehr zu erkennen ist, bleiben mehr oder weniger blasse, gelblichbraune Verfärbungen als Andeutungen des früheren Ausschlages zurück. Obgleich kein einziger Teil des Gesichtes als ganz immun gelten kann, so ist doch, wie dies von UNNA schon hervorgehoben worden ist, das mittlere Drittel entschieden die Prädilektionsstelle, und bei einer grofsen Anzahl der Fälle bleibt die Affektion beinahe ausschliefslich auf dieses Gebiet beschränkt. Die Nase, die Alae narium, die Naso-labialfurche bieten die charakteristischen Beispiele der fettigen Formen dar. Mit der weiteren Entfernung von der Mittellinie nimmt die Neigung zur Bildung öligen Sekretes ab, und die schuppige Bedeckung wird gleichzeitig trockener. Die Augenbrauen sind zuweilen wenn auch nicht regelmäfsig befallen, und zwar ist meistenteils dabei die angrenzende Stirnhaut ebenfalls affiziert. Der Schnurrbart ist nicht ganz selten Sitz der Affektion, und der Backenbart zeigt gelegentlich einen ausgedehnten Grad der trockenen, schuppigen Form, manchmal sogar, wenn auf dem freiliegenden Teile der Gesichtshaut nur wenig zu sehen ist. Der Kinnbart ist nur selten befallen.

Eine weitere sehr bevorzugte Lokalität ist die Gegend um die Mundwinkel, wo wiederholte Recidive der Affektion bei Leuten mit dunklem Teint eine auffällige, entstellende, schmutziggelblich braune Verfärbung hervorrufen.

Die Ohren sind öfters, wenn auch nur in geringem Grade affiziert; am häufigsten zeigt sich hierbei die Affektion in Gestalt von fettigen Schuppen innerhalb der Muschel und auf dem Tragus. Die Furche hinter dem Ohre wird in ähnlicher Weise aber seltener affiziert.

Seborrhoische Vorgänge können sich auch anderswo entwickeln; so namentlich in der Analfurche, der Genito-cruralfurche und an den Labien bei weiblichen Kranken. Indessen ist an den letzteren Stellen die Erkenntnis derselben oft durch die Folgen eingetretener Maceration oder die Gegenwart eines Ekzems oder eines intertrigoartigen Erythems erschwert, indem die charakteristischen Symptome zwar an den Rändern des befallenen Gebietes deutlich nachweisbar, jedoch im allgemeinen lange nicht so scharf ausgeprägt sind, wie auf dem Gesicht und dem Kopfe.

Auf den Extremitäten und dem Rumpfe kommt der Ausschlag fleckenweise vor, am charakteristischsten auf der Brust und dem Rücken. An diesen Stellen finden sich die ganz speziellen Merkmale desselben vor, eine nur wenig scharf markierte Kontur, die ganz häufig ohne erkennbaren Übergang in die umgebende normale Haut übergeht, eine oftmals kaum von den normalen Hautfarben unterscheidbare, ganz blasse Verfärbung, die bald als eine ganz feine, gelblich-braune, bald, und zwar häufiger, als ein blafs lachsfarbener Hauch auftritt. Dabei ist aber stets die Oberfläche mit kleiigen Schuppen bedeckt, deren Menge je nach dem

Digitized by Google

Grade der fettigen Absonderung bei dem betreffenden Patienten und auch je nach der mehr oder weniger ausgedehnten Anwendung von Waschungen mit Seifenwasser wechselt.

Diese verschiedenen Symptome kommen trotz ihrer etwas polymorphen Eigenschaften so wiederholentlich miteinander vergesellschaftet vor, dafs ein Zweifel über ihre Zusammengehörigkeit als Teilerscheinungen einer einzigen Krankheit nicht bestehen kann. Das Hauptcharakteristikum des Leidens bildet das fettige Sekret, und diese Eigentümlichkeit ist allen Formen gemeinsam. Dasselbe ist bald reichlich, bald spärlich, neigt bald zur Verflüssigung, bald zum Festwerden, doch ist es in einem höheren oder geringeren Grade stets vorhanden. Zuweilen wird es reichlicher gebildet als das abgeschuppte Epithel und stellt dann entweder eine fettige Kruste oder eine firnisartige Lage dar[1]; oder es kann anderseits das Epithel das Vorherrschende sein, und das Vorhandensein eines fettigen Schorfes, sei es in loser Form oder in Häufchen, bildet dann ein Hauptmerkmal.

Die eigentümliche Lachsfarbe, welche manchen Formen unseres Ausschlages eigen ist, scheint dadurch zu entstehen, dafs ein Überzug von diesem gelbgefärbten Sekrete und der schmutziggelben Farbe, welche sich in verhornten Epithelmassen bildet, die rosarote Farbe der tiefergelegenen Hyperämie bedeckt. Wo die Hyperämie fehlt, stammt die jedesmalige Färbung vom Fett und dem Epithel allein her; sie ist dann entweder ein gesättigtes, schmutziges Gelb, wie bei alten Sekretmassen der Kopfschwarte, oder irgend eine andere der Farbe der gesunden Haut sich nähernde Nüancierung.

Dieser Zustand kann unter Umständen viele Jahre bestehen bleiben, ohne bedeutende Veränderungen zu erleiden. Gelgentlich werden die befallenen Teile auch hyperämisch; die Hyperämie wiederum bleibt bald als chronische Form längere Zeit bestehen, oder auch sie tritt nur ganz vorübergehend auf. Manchmal hat es anderseits den Anschein, als ob der Ausschlag spontan sich zurückbildete, wahrscheinlich nur um später zu recidivieren. Bei der grofsen Mehrzahl der Patienten ist das Leiden ausschliefslich auf die Kopfschwarte beschränkt, welche als die Zwingburg und Feste der Seborrhöe bezeichnet werden kann. An dieser Stelle ist sie für den Patienten unsichtbar, es sei denn, dafs sie in hohem Grade besteht, und somit geniefst sie oft jahrelang ein ganz ungestörtes

[1] Ob die reine Fetthaut (Seborrhoea oleosa) als ein Symptom der Seborrhöe oder nur als eine gelegentliche Komplikation derselben anzusehen ist, bin ich nicht imstande zu entscheiden. In geringem Grade ist diese Anomalie oft zu finden, aber ausgesprochene Fälle kommen auch ganz unabhängig von der Schuppen- oder Krustenbildung vor, und wenn die Affektion sich entwickelt hat, bleibt sie oft lange bestehen, nachdem schon alle Spuren eines Ausschlages verschwunden sind.

Digitized by Google

Dasein. Erst wenn sie anfängt, sich auf die freiliegende Haut zu erstrecken, oder wenn sie unleidliches Jucken hervorruft, die Kleidung mit einem Schuppenregen einpudert, oder Kahlwerden des Hauptes herbeiführt, fangen die Kranken an, ihre Aufmerksamkeit darauf zu richten. Gewöhnlich besteht dabei keine Hyperämie, und die Affektion gilt für einen Fall von gewöhnlichem „Grind."

Wie UNNA ganz besonders hervorhebt, nehmen die seborrhoischen Affektionen der übrigen Teile des Körpers fast ausnahmslos ihren Ursprung von dieser Stelle aus. Wann immer ein seborrhoischer Ausschlag in irgend welcher Form sich am Körper entdecken läßt, so kann man mit beträchtlicher Bestimmtheit darauf rechnen, daß eine Untersuchung der Kopfhaut auch an dieser ein Befallensein mit derselben Affektion erkennen lassen wird, und auf Befragen wird der Patient angeben, daß dieselbe dort schon längere Zeit sich geltend gemacht habe.

Das sind nun die gewöhnlichsten Symptome der Seborrhöe bei der großen Mehrzahl der Patienten, welche überhaupt irgend welche Anzeichen des Leidens darbieten, oft die einzigen Andeutungen derselben sogar.

Eine andere, von dieser sehr verschiedene Form ist die zuerst von amerikanischen Autoren als Seborrhoea corporis beschriebene. Am häufigsten beobachtet man dieselbe über dem Sternum und zwischen den Schulterblättern; in vielen Fällen sind dies die einzigen befallenen Stellen. Die Krankheit besteht in einem Ausschlag von papulösen, münzen- oder bogenförmigen Flecken oder gewundenen Linien, welche von einer zusammengesetzten Reihe von Kreissegmenten (UNNA) gebildet sind mit einem mehr oder weniger vollständigen Überzug von mattfarbenen, fettigen Schuppen. Gewöhnlich sind sie von der obenerwähnten Lachsfarbe, aber wo die Schuppen absichtlich oder durch die Reibung der Kleidung entfernt worden sind, zeigt die Oberfläche der im frischen Wachstum begriffenen Flecke, die stets über das Niveau der umgebenden Haut hervorragt, eine glänzende, lebhaft rote Farbe.

An den vorgeschobenen Rändern der exzentrischen Kreislinien ist dieselbe scharf ausgeprägt. Die Affektion breitet sich oft sehr rapide aus, indem am ganzen Körper frische Flecke aufschießen, sich rasch vergrößern und zusammenfließen; in anderen Fällen bleibt sie als derbe Flecke bestehen (siehe Abbildung); wiederum in anderen fangen die Flecke sofort an im Zentrum abzublassen und sich in Kreisform konzentrisch auszubreiten, wobei aber oftmals nur unvollständige Kreise entstehen. Meistenteils ist der Ausschlag von Jucken begleitet, das oft sogar außerordentlich lästig werden kann.

Auf diesen Zustand will Dr. RADCLIFFE CROCKER den Namen Seborrhöe nicht angewendet wissen, aus dem Grunde, weil derselbe die

Digitized by Google

serpiginösen Eigenschaften einer parasitären Affektion darbietet, ein Vorkommnis, das bei einfacher Seborrhöe niemals beobachtet werde. Dieser Einwand aber steht und fällt je mit der Auffassung, welche man über die Ätiologie des seborrhoischen Prozesses hat. In den meisten Lehrbüchern, selbst den modernsten, besteht die Neigung, denselben auf den Einfluſs von Chlorose, Anämie, Menstrualstörungen, syphilitischer Infektion, zymotischen Krankheiten und anderen Zuständen, welche eine allgemeine Schwächung des Organismus verursachen, zurückzuführen. Ich will gar nicht leugnen, daſs solche Vorgänge, welche einen deprimierenden Einfluſs auf den Körper ausüben, imstande sein mögen, zur weiteren Entwickelung einer bestehenden Seborrhöe beizutragen; jedoch ist es mir trotz sorgfältigen Nachforschens nicht gelungen, irgend eine Wechselbeziehung von Ursache und Wirkung zwischen den beiden festzustellen. Während der letzten zwei Jahre habe ich in fast ununterbrochener Reihenfolge jeden einzelnen Patienten, der mich konsultierte, auf das Vorhandensein von Seborrhöe hin untersucht. Ich habe dabei gefunden, einmal daſs der Prozentsatz der mit irgend einer Form der Seborrhöe Behafteten auſserordentlich groſs ist, und anderseits daſs die Mehrzahl der davon Befallenen sich einer kräftigen und befriedigenden sonstigenden Gesundheit erfreuen. Die Wahrscheinlichkeit, daſs irgend ein beliebiges Individuum irgendwo einen seborrhoischen Herd, für gewöhnlich einen leicht seborrhoischen Zustand der Kopfhaut, beherbergt, ist meiner Erfahrung nach so groſs, daſs aller Wahrscheinlichkeit nach bei denjenigen Fällen allgemeiner Schwäche, bei denen die Seborrhöe stark markiert hervortritt, dieselbe nicht erst neuerdings als die Folge irgend welcher Kachexie entstanden sein wird, sondern daſs vielmehr anzunehmen ist, daſs ein früher bestandener Krankheitsherd sich nachträglich verschlimmert und auf vorher unberührt gebliebene Teile ausgebreitet habe. Der Umstand, daſs Individuen, welche zur Zeit gesund sind und sich auch früher immer einer guten Gesundheit erfreut haben, sogar jahrelang an intensiver Seborrhöe leiden und dabei trotz gelegentlicher heftiger Exacerbationen des Leidens die ganze Zeit hindurch bei robuster Gesundheit bleiben können, beweist, daſs ein Schwächezustand kein unentbehrliches Moment zur Entstehung derselben bildet, sondern daſs die eigentliche Ätiologie in den lokalen Verhältnissen oder in äuſseren Ursachen zu suchen ist. Da die Seborrhöe bei Leuten aller Stände, bei allen verschiedenen Gesichtsfarben und bei allen Abstufungen der Gesundheit vorkommt, so ist es viel wahrscheinlicher, daſs der primäre Grund ein äuſserlicher d. h. parasitärer ist, als daſs die Affektion durch irgend welche rein lokalen Zustände der Drüsen oder Gewebe der Haut hervorgerufen werde. Diese Auffassung wird auch noch durch das Vorherrschen der Seborrhöe in einzelnen bestimmten Familien bestätigt,

Digitized by Google

sowie ferner durch die oft gemachte Mitteilung der Patienten, dafs sie dieselbe nach der Verheiratung mit dem schon früher daran erkrankten Gemahl acquiriert hätten.

Offenbar handelt es sich hierbei um eine durch die Anwesenheit eines oder möglicherweise mehrerer Mikroorganismen erzeugte Dermatitis, die zu einer spezifischen Reizung der fettbildenden Funktionen der Haut führt. Dafs diese Affektion oft vorzugsweise schwächliche Individuen befällt, stellt sich als frappantes Analogon zu einigen Erkrankungen von unzweifelhaft parasitärem Ursprung, z. B. Herpes tonsurans, Pityriasis versicolor und wahrscheinlicherweise Syphilis dar; überdies findet die Annahme einer rein lokalen Ätiologie eine Bestätigung in den durch gewisse Heilmittel, welche nachgewiesenermafsen einer endermischen Resorption unfähig sind, erzielten Erfolgen. Es kann kaum als auffallend bezeichnet werden, dafs die einzelnen Mikroorganismen, welche hierbei ätiologisch eine Rolle spielen können, noch nicht als solche nachgewiesen worden sind; ist doch die Anzahl der nichtpathogenen Saprophyten, welche auf der Haut und namentlich auf der Kopfhaut eine Heimstätte finden, eine ganz besonders grofse und für die Differenzierung schwierige.[2]

Bei unserer gegenwärtigen, unleugbaren Unwissenheit in bezug auf diesen Punkt hiefse es natürlich voreilig sein, wollte man behaupten, dafs die Seborrhoea corporis von Duhring ausschliefslich auf Einwirkung desselben Körpers, welcher die Symptome der gewöhnlichen Seborrhöe erzeugt, beruhe. Wenn man jedoch den Gesetzen der Analogie einen gewissen Wert beimessen darf, so ist es offenbar, dafs das Leiden nicht nur im allgemeinen ein parasitäres ist, sondern auch dafs dabei derselbe Parasit jedenfalls mit im Spiele ist. Unna hat beobachtet, wie die Affektion von der Kopfhaut sich nach abwärts ausbreitete, und meine eigenen Beobachtungen stehen mit seinen Schilderungen im besten Einklang. Die ringförmige Gestalt, welche die Entzündung bei ihrem Übergang von der Kopfhaut zur Stirn oder dem Halse annimmt, ähnelt aufs genaueste dem Übergange des Trichophyton aus einem undeutlichen, schorfentwickelnden Zustand zum scharf markierten Herpes circinatus, und ein weiteres sehr überzeugendes Merkmal der Gemeinschaft bieten noch die schnell sich bildenden Kreise mit einem dünnen Rande hellen lebhaften Rots auf der Seite des Fortschreitens, wie dies an vielen Fällen zu beobachten ist. Die Beweisgründe zu gunsten eines seborrhoischen Ursprungs der Affektion sind also der Umstand, dafs dieselbe ausnahmslos von einem seborrhoischen Zustand der Kopfschwarte (C. Fox, Livering,

---

[2] Von Unna und seinen Schülern sind bereits circa achtzig Arten von Pilzen und Bakterien aus den Schuppen und dem Sekret von „Ekzema seborrhoicum" isoliert worden.

Digitized by Google

Unna) begleitet ist, dafs man oft beobachten kann, wie dieselbe aus und in direktem Zusammenhange mit seborrhoischen Herden des Kopfes sich entwickelte, und dafs sie dieselben fettigen Veränderungen auf dessen Oberfläche hervorruft, wie man beim gewöhnlichen seborrhoischen Zustande findet. Der Umstand dagegen, dafs eine bogen- und kreisförmige Anordnung nur bei einer verhältnismäfsig geringen Anzahl der an Seborrhöe Leidenden zu finden ist, und dafs Symptome derselben jahrelang bestehen können, ehe die circinären Läsionen sich ausbilden, gibt allerdings Raum für die Vermutung, dafs irgend ein anderer, tiefer eindringender und aggressiverer Mikroorganismus in diesen Fällen sich zu den Pilzen der ringlosen Form hinzugestellt haben mufs.

Dafs Ekzem eine nicht seltene Komplikation der Seborrhöe ist, hat man schon lange erkannt. Die erste Ausgabe des Cazenave (1828) steht mir leider nicht zur Verfügung, aber in der dritten (1838) hebt er hervor, dafs die Läsionen bei Seborrhöe (Acne sebacea, Biett) einen ekzematösen Charakter annehmen können. „Die Entzündung an den Follikeln kann sich zu einem solchen Grade steigern, dafs die abgesonderte Flüssigkeit eine Veränderung erleidet, welche an das serös-eiterige Sekret der Ekzembläschen erinnert.“ Die selbe Angabe findet sich, nur mit gröfserer Zuversicht vorgetragen, auch in seinen späteren Schriften; aber immer gilt das Ekzem als ein sekundäres Erzeugnis, das auf den Reiz des fettigen Sekretes zurückzuführen ist. Hingegen weicht Unnas Auffassung von derjenigen seiner Vorgänger wesentlich ab, denn er fafst die sämtlichen oben kurz geschilderten Symptome als ein Ekzema sui generis zusammen und hat für dasselbe den Namen Ekzema seborrhoicum angegeben. Ich habe schon bei früherer Gelegenheit[3] Anlafs genommen, dieser Auffassung entgegenzutreten, und meine weiteren Erfahrungen waren nur dazu angethan, meine damaligen Einwände zu bestätigen.

Das Vorkommen eines typischen Ekzems im Vereine mit Seborrhöe wird jetzt natürlich von allen Forschern zugegeben, und ich selber stimme mit Unna insofern überein, als ich auch der Meinung bin, dafs seborrhoisches Ekzem, in diesem Sinne gebraucht, vielleicht die am gewöhnlichsten vorkommende Form des Ekzems überhaupt ist. Aber eine Ausdehnung dieses Begriffes auf die nicht entzündlichen Abschuppungen der Haut und auf oberflächliche, kleiige Flecke einerseits und dann auf die psoriasisähnlichen Ringe und Bogen der „Seborrhoea corporis“ anderseits scheint mir eine sehr wenig glückliche Erweiterung unserer Auffassung des Ekzems zu sein. Die grofse Mehrzahl der Seborrhöekranken bietet, selbst wenn das Leiden Jahre lang bestanden hat, keinerlei Infiltration der Haut dar; ebenso wenig sieht man an ihnen irgend welche akuteren

[3] *Medical Chronicle.* Februar 1888.

Digitized by Google

Symptome als höchstens eine lokale Hyperämie von meistenteils ganz vorübergehendem Charakter. Es bilden sich Papeln, welche von vornherein sich mit Schuppen bedecken und welche bestehen bleiben und sich auch langsam und allmählich vergrößern können, ohne irgend welche Neigung zur Bläschenbildung erkennen zu lassen. Die Abscheidung von Fett und Epidermiszellen kann sogar sehr hochgradig und rapide sich entwickeln, ohne dabei mehr als eine sehr geringe Dermatitis darzubieten; auch kommt es vor, daß die Dermatitis zwar deutlich markiert ist, dabei aber völlig ohne Bildung von Papeln oder Bläschen oder auch Jucken einhergeht. Bei andern Fällen hinwiederum kann ein sehr geringer Grad von Seborrhöe mit einem rapiden und sogar universellen Ausbruch von akutem Ekzem, das mit dem Primärleiden sowohl nach Ausdehnung als auch nach Intensität in durchaus keinem eigentlichen Verhältnis steht, kompliziert sein.

Zur Bekräftigung dieser Behauptungen mag folgender Fall dienen:

Fall I. J. K., 18 Jahre alt, Jüngling bei robuster Gesundheit, der als Lehrling bei einem Maschinenbauer arbeitet. Er hatte seit mehreren Monaten an Schorfbildung auf dem Kopfe gelitten, doch war neuerdings eine sehr rapide Verschlimmerung eingetreten. Als ich ihn zuerst zu sehen bekam, war sein Kopf mit einem festen, aus Fett und asbestartiger Epidermis bestehenden Schorf bedeckt, die Haut unter demselben zeigte kaum irgendwelche Hyperämie. Auf Gesicht und Hals zahlreiche etwas hyperämische Flecke, die mit fettigen Schuppen bedeckt waren, die Ohren ebenfalls affiziert. Keine Papeln, keine Bläschenbildung, kein Nässen und nur wenig Juckreiz. Er hatte ohne Beschwerden seine Arbeit bis zum Tage des Eintritts in meine Behandlung fortgesetzt. Die Schuppen wurden durch die Anwendung von Öl und einem Kamme entfernt, worauf dann eine Zinkschwefelpaste eingerieben wurde. Nach 2 Wochen war er so weit wieder hergestellt, daß er seine Arbeit wieder aufnehmen konnte. Der Prozeß war in diesem Falle offenbar ein höchst akuter; trotzdem traten zu keiner Zeit irgend welche der gewöhnlichen Symptome von Ekzem hervor.

Dies war allerdings ein extremer Fall, doch habe ich denselben hier mit angeführt, weil er klar beweist, daß der seborrhoische Zustand sehr akut auftreten kann ohne irgend welche Anzeichen von akutem Ekzem zu entwickeln.

Als eine gewöhnliche Ursache des Ekzems ist die Wirkung eines direkten Reizes in irgend welcher Form zu nennen; solche sind: Medikamente, Färbemittel, Mehl, Insekten, Seifenwasser, wiederholte Traumen und Druck, der ekzematöse Zustand, der aus irgend einer besonderen Idiosynkrasie der Haut des Patienten sich herleiten läßt. Das Vorhandensein von Seborrhöe ist auch imstande bei ähnlichen Fällen das Ausbrechen eines typischen Ekzems von akuter oder subakuter Form herbeizuführen. Die dabei gesetzte Dermatitis ist zu Zeiten, namentlich an Stellen, wo die Haut zart ist — wie z. B. hinter den Ohren oder überhaupt bei kleinen Kindern auf dem ganzen Kopfe — sehr geneigt ein

Digitized by Google

Ekzem zu veranlassen. Diese Weiterentwickelung wird entweder durch den Reiz des seborrhoischen Vorgangs selbst oder auch des durch denselben gesetzten Sekretes, oder auch als Folge des dabei entstehenden Juckens, das unvermeidlich konstantes Kratzen zur Folge hat, verursacht. Bei der Mehrzahl der Menschen, selbst bei Säuglingen, scheint die Haut für derlei Einwirkungen völlig undurchgängig zu sein, und man kann ganze Reihen solcher Kranken sehen, bei denen fettige Schuppen und kleiige Stellen vorhanden sind, ohne selbst die geringste Hyperämie zu verursachen. Es geht hieraus also klar hervor, dafs das Ekzem kein absolut notwendiger Bestandteil dieser Krankheit sein kann, dafs es vielmehr nur als Komplikation dabei hinzutritt.

Wo diese ziemlich akute Ekzemform bei kleinen Kindern vorkommt, ist deren sonstige Gesundheit in den meisten Fällen eine gute und kräftige, und ihre Munterkeit und Lebhaftigkeit bieten einen scharfen Gegensatz zu dem dabei oft sehr intensiv entwickelten Ekzem dar. In solchen Fällen ist eine gründlich durchgeführte lokale Behandlung allein schon völlig hinreichend, um die kleinen Patienten von dem Ausschlag zu befreien.

Mit zunehmendem Alter des Kindes nimmt jedenfalls die Empfänglichkeit für diese Art des akuten seborrhoischen Ekzems im Verhältnis ab, wenigstens habe ich gefunden, dafs weit weniger von den Affizierten dem späteren als dem frühesten Kindesalter angehören, vermutlich weil die Haut dem Reiz gegenüber widerstandsfähiger wird. Allerdings finden sich unter den Erwachsenen viele, deren Haut, wie es scheint, noch empfindlich genug ist, um auf die Einwirkung eines direkten seborrhoischen Reizes ganz präzise mit einer ekzematösen Entzündung zu antworten. Die Reihenfolge hierbei aber ist, so weit meine Erfahrungen reichen, gewöhnlich die umgekehrte, indem das Weiterschreiten der Seborrhöe der Entwickelung des Ekzems nachfolgt. Eine kurze Schilderung eines einschlägigen Falles wird dieses Verhältnis am besten erklären:

Fall II. R. D., 65 Jahre alt, schmal gebauter Herr ohne Beschäftigung von sitzender Lebensweise. Ohne irgendwie die Grenzen des Erlaubten zu überschreiten, lebte er gut, rauchte viel und nahm abends reichlich stärkere Alcoholica zu sich. Als ich (im Oktober 1887) hinzugezogen wurde, fand ich, dafs er sehr akute, ausgedehnte und völlig symmetrisch verteilte Ekzemflecke darbot. Der Fufsrücken beiderseits, das untere Drittel beider Schienbeine und der Kniee (namentlich auf der medialen Seite) waren ganz wund und näfsten erheblich; starkes Erythem und Papelbildung auf beiden Seiten des Ellbogengelenkes, und an den Beugeseiten Exsudation; Papulae und Papulo-Vesicae auf beiden Handgelenken; kurz ein anscheinend typischer Anfall von gewöhnlichem Ekzem. Der Ausschlag hatte schon einige Monate bestanden, und da das Jucken äufserst quälend gewesen war, hatte Patient durch Mangel an Ruhe erheblich gelitten. Es wurden verschiedene Linderungsmittel ohne eigentlich durchschlagenden Erfolg angewendet; ein paar Bläschen, welche auf den Ohrläppchen und dem Tragus aufgetreten waren, wurden durch die Anwendung von

Digitized by Google

ein wenig Zinkpaste schnell beseitigt. Anfangs hatte sich der Patient absolut geweigert, eine Diätänderung sich gefallen zu lassen, fing aber jetzt doch an zuzugeben, dafs seine Lebensweise möglicherweise an seinem Leiden Schuld haben könnte, und liefs eine gewisse Einschränkung seiner täglichen Rationen nunmehr zu. Bei dieser Abänderung und mit Unterstützung durch einige salinische Abführmittel, Alkalien und Colchicum trat bald eine nachweisliche Besserung ein. Jedoch wurde bald eine Grenze erreicht, die es unmöglich schien zu überschreiten. Zwar bildeten sich keine neuen Papeln oder Bläschen, und der Patient fühlte sich viel wohler und sah auch viel besser aus; aber die gröfseren Flecke wollten durchaus nicht zuheilen und fuhren nach wie vor zu sezernieren fort. Geschwürige Aushöhlungen zeigten sich auf den offenen Wunden, und es war offenbar, dafs die lokale Affektion entschieden zur Verschlimmerung neigte. Um diese Zeit lenkte der Patient zum erstenmal meine Aufmerksamkeit auf einen in der Cruro-skrotalfalte gelegenen Fleck, worauf mir die Ursache der Stockung sofort klar war. Die Oberfläche war wund, der Rand scharf umschrieben und mit einem Hauch von gelben Schuppen bedeckt, kurz und gut, ein typischer, seborrhoischer Ekzemfleck lag hier vor. Bei der Untersuchung der Kopfhaut fand ich einen reichlichen Überfluſs an fettigem Schorf, welcher, wie mir der Patient mitteilte, zuweilen so unerträgliches Jucken verursachte, dafs er nicht umhin konnte, sich dort zu kratzen, um sich etwas Linderung zu verschaffen. Da nun das Ekzem auch stark juckte und ebenfalls gekratzt wurde, war somit der Modus der Inokulation völlig klar. Im Verlaufe von 14 Tagen waren die wunden Stellen sämtlich überhäutet mit Ausnahme von zwei oder drei Flecken, welche stark infiltriert waren und viel längere Zeit zum Heilen nötig hatten. Während dieser Behandlung wahren ohne Unterbrechung auch Vichy- und Hunyadi Janos-Wasser verabreicht worden.

Da er sich nunmehr wieder hergestellt fühlte, nahm der Patient seine früheren Gewohnheiten wieder auf, was alsbald zur Entwickelung verschiedener kleiner Recidive führte, wobei aber die früher befallenen Lokalitäten, welche naturgemäfs den Locus minoris resistentiae bildeten, allein Sitz des Ausschlags wurden. Nach einer ungefähr dreimonatlichen Periode der Einschränkung gab ein mehrtägiger Besuch eines Freundes wiederum zu neuen Diätexzessen Anlafs; sofort trat ein schwerer Ekzemanfall als die unmittelbare Folge ein. Da der Patient nach der ersten Attacke höchst gewissenhaft und regelmäfsig die Behandlung der Seborrhöe fortgesetzt hatte, so blieb dieser neue Ausbruch auf einen reichlichen Papeln- und Bläschenausschlag beschränkt und wurde durch Stärkemehlumschläge und andere gewöhnlich übliche Mittel prompt beseitigt. Hierbei hatte sich aber der Patient schliefslich doch überzeugt, dafs ein Zusammenhang zwischen seinen Genüssen und seinen Ekzematacken unzweifelhaft bestand, und da er überdies durch einige sehr heftige Schmerzanfälle in einer grofsen Zehe erschreckt wurde, so hat er eine dauernde Herabsetzung seiner Quantitäten sowohl des Alkohols, des Fleisches und seiner sonstigen Nahrung eintreten lassen und ist seitdem von allen Anfällen akuten Ekzems verschont geblieben.

Wie mir scheint, kommt diesem Falle mit aller Klarheit die Bezeichnung „Gichtekzem“ zu. Ich gebrauche hierbei diesen verdächtigen Ausdruck in seinem weitesten Sinne, indem ich damit jene Ekzemfälle meine, welche als die Folge ungenügenden Stoffumsatzes, gewöhnlich dadurch, dafs die Betreffenden zu „gut leben“, entsteht, und bei denen alle Zeichen sowohl der Neurasthenie als auch der Dyspepsie fehlen können. Der Stillstand im lokalen Fortschritt des Falles und die so-

Digitized by Google

fortige Besserung, die eintrat, als eine spezifische Behandlungsweise in Anwendung kam, zeigten, dafs das seborrhoische Element in das ekzematöse Leiden eingegriffen hatte und dasselbe unterhielt. Ich war nicht Zeuge des ersten Ausbruchs gewesen, aber die späteren Anfälle, bei denen keine Spuren von Seborrhöe mehr auf der Haut zu sehen waren und welche als unmittelbare Folgen von Diätfehlern auftraten, zeigten jedenfalls keine Symptome des seborrhoischen Ekzems, sondern nur die gewöhnlichen Papeln und Bläschen.

Der nachteilige Einfluſs, welchen eine seborrhoische Infektion auf die Haut auszuüben imstande ist, läſst sich oft an deren Fähigkeit, die Lokalisierung eines Anfalls von akutem Ekzem zu bestimmen, erkennen. Ich habe öfters sehr ausgesprochene Fälle einer solchen gesetzmäſsigen Aufeinanderfolge beobachtet und teile den folgenden als ein Beispiel mit:

Fall III. — C. L., vierzig Jahre alt, ein kräftiger Mann mit beweglicher Lebensweise, aber den Freuden der Tafel nicht abgeneigt. Bei einer gelegentlichen Begegnung sagte er mir, dafs er die Absicht habe mich demnächst wegen einer Schorfentwickelung auf Kopfhaut und Gesicht zu konsultieren. Ich erkannte sogleich, dafs er an einer mäfsigen Seborrhöe auf der Kopfhaut, Stirn, den Augenbrauen und Augenlidern ohne konkomittierende Hyperämie litt. Um diese Zeit wurde er als Kandidat für den Grafschaftsausschufs aufgestellt, und eine Reihe von Diners und Dejeuners folgten eins dem andern während einiger Wochen in schneller Aufeinanderfolge Nach einem längeren Festessen, bei welchem er den Vorsitz führte, und bei dem ich selber zugegen war, klagte er über fortwährendes Anschwellen seiner Stirn und Augen. Ich untersuchte ihn oberflächlich, wobei ich konstatierte, dafs noch jetzt keine Anzeichen aktiver Hyperämie an den von Seborrhöe befallenen Stellen zu sehen waren. Zwei Tage darauf, als ich von dem Hausarzte hinzugezogen wurde, war der ganze Kopf so ödematös, dafs der Patient nicht zu erkennen war, und diejenigen Stellen, an denen ich zuvor das Vorhandensein von Seborrhöe konstatiert hatte, sezernierten reichlich. Nach weiteren zwei Tagen traten Papeln in reichlichar Anzahl auf der Beugeseite der Handgelenke und des Vorderarms, sowie auf der Innenfläche des Oberschenkels hervor, ohne jedoch zur Bildung von Bläschen oder höchstens in sehr geringem Grade an einzelnen Stellen zu führen. Diese zwei letzten Lokalitäten waren beide völlig frei von irgend welchen Spuren von Seborrhöe. —

In diesem Falle, bei dem die am intensivsten befallenenen Gebiete diejenigen waren, welche vorher mit Seborrhöe behaftet gewesen waren, ist offenbar sowohl nach der Art des Entstehens als auch der Ausbreitungsweise der Krankheit der seborrhoische Zustand nicht die eigentliche Ursache des Leidens gewesen, sondern derselbe hat nur zur Entwickelung von weniger widerstandsfähigen Stellen geführt, und auf diese hat sich die ekzematöse Entzündung mit um so wirksamerer Gewalt geworfen.

Wenn ein Ekzemfleck einmal seborrhoisch geworden ist, so kann er trotz sehr mannigfaltiger Behandlung Jahre lang sich in derselben Verfassung erhalten; natürlich ist es schwer, das primäre ursächliche Moment bei solchen Fällen festzustellen, auffällig bleibt es aber doch,

Digitized by Google

dafs, wenn einmal die Affektion sich entwickelt hat, sie so lange fast ohne irgend welche Änderung zu erleiden fortbestehen kann. Es sind mir eine ganze Reihe solcher Fälle begegnet. Der folgende mag als Beispiel derselben dienen.

Fall IV. — Frau C., zweiundvierzig Jahre alt, hatte seit 14 Jahren ununterbrochen an Ekzem gelitten und war infolge des durch unausgesetztes Jucken herbeigeführten Mangels an Ruhe sehr heruntergekommen. Das Haar (welches seit zehn Jahren wegen des ekzematösen Sekretes stets kurz geschnitten gehalten worden war) und die darunter befindliche Kopfhaut waren mit fettigen, seborrhoischen Schuppen und den durch das reichliche Exsudat gesetzten, seröseiterigen Krusten vollständig eingehüllt. Die Zehen und der ganze Fufsrücken der linken Seite waren geschwollen und völlig wund, sezernierten dabei reichlich, und das ganze affizierte Gebiet war von einer scharf umschriebenen Grenzlinie eingefafst; ein anderer ähnlicher Fleck fand sich auf der Vorderfläche des linken Beines; im übrigen war der Körper rein. Die Patientin sowie ihre Angehörigen versicherten mich, dafs dieser Zustand trotz der Anwendung zahlloser Mittel seit Jahren unverändert fortbestanden habe. Unter dem Einfluls von Zinkschwefelpaste fing die wunde Fläche sofort sich zu überhäuten an, und das Ganze war nach vier Wochen schon vollständig geheit, obgleich naturgemäfs die Wiederherstellung des normalen Zustandes der Haut eine etwas längere Zeit in Anspruch nahm.

Aus irgend einem schwer zu erklärenden Grunde scheint der Fufsrücken der Lieblingssitz für Affektionen dieser Art zu sein; jedoch gibt schon an irgend welchen Stellen ihr scharf umschriebener Rand im Verein mit seborrhoischen Symptomen, sei es an der Peripherie oder sonstwo am Körper, ein sehr charakteristisches Merkmal ab. Man darf bei diesen Fällen wohl annehmen, dafs die parasitäre Infektion zwar stark genug ist, um das akute Stadium zu unterhalten, dabei aber nicht imstande, eine weitere Ausbreitung zu bewirken.

Unna vertritt die Ansicht, dafs der Unterschied zwischen der Seborrhoea guttata und gyrata und den gewöhnlicheren, weniger deutlich markierten Fällen blofs ein gradueller sei, und dafs wir es hier blofs mit zwei Formen derselben Affektion, die sich in verschiedener Intensität repräsentieren, zu thun haben. Dafs sie konstant miteinander vergesellschaftet vorkommen und auch eng miteinander verwandt sind, unterliegt keinem Zweifel, aber die erste Affektion scheint eher noch weniger Anrecht auf die Bezeichnung Ekzem als die zweite zu haben. Denn selbst im akuten Stadium entbehrt dieselbe der gewöhnlichen Symptome des akuten Ekzems, der Papelbildung, der Entwickelung von Bläschen und von Nässen. Diese Symptome kommen zwar freilich dabei vor, werden aber bei weitem am häufigsten an denjenigen Stellen beobachtet, wo eine Maceration Platz zu greifen imstande ist, z. B. an den Gelenkbeugen, der Analfurche und der Vereinigungsstelle des Ohres mit der Kopfhaut. Ich habe verschiedene ausgesprochene Fälle beobachten können, bei denen der Ausschlag sich

Digitized by Google

zu einem akuten Ezem als handgreifliche Folge nervöser Depression und Schwäche, sowie auch der charakteristischsten Gichtsymptome entwickelte. Abweichend von der beim gewöhnlichen Ekzem erforderlichen Therapie ist es hierbei möglich, sogar gewöhnlich notwendig, selbst im Stadium des akuten Fortschreitens starke Mittel wie Chrysarobin, Resorcin, Quecksilbernitratsalbe, Teer, Mollin (Kali causticum) oder Schwefel zu applizieren, und es werden dadurch keine der gewöhnlichen Symptome des akuten Ekzems hervorgerufen. Die Analogie ihres Wachstums und ihrer klinischen Erscheinungen mit denjenigen gewisser parasitärer und andrer nicht ekzematöser Leiden legt es viel näher anzunehmen, dafs die Affektion vielmehr auf die Wirkung eines aggressiven Parasiten (dessen Wesen uns sonst noch unbekannt ist) plus der Seborrhöe zurückzuführen ist, als dafs es sich hier um irgend eine Form von Ekzem handele.

Tafel VII. stellt ein ausgesprochenes Beispiel dieses Zustandes dar.

Fall V. — A. B., 26 Jahre alt, gracil gebauter, schwächlicher junger Mann von skrofulösem Habitus, der viel an Dyspepsie gelitten hat; die vorliegenden Störungen traten vor fast sechs Jahren auf und breiteten sich ohne Unterbrechung während dieser ganzen Zeit stetig weiter aus. Als er zum erstenmal unter Beobachtung kam, waren dieselben ein wenig über das Niveau der umgebenden Haut erhaben und zeigten eine hellrote Farbe, die aber infolge der sie fast total bedeckenden harten, fest anhaftenden, gelben, fettigen Massen eingedickten Epithels aus einiger Entfernung gesehen ein mehr lachsfarbenes Aussehen darbot. Die Abbildung ist in einem zu kleinen Mafsstab entworfen, um diese Verhältnisse genau wiedergeben zu können. Symptome der Seborrhöe fanden sich auf dem Gesicht, und die Kopfhaut war mit fettigen Schuppen dicht besetzt; dazu fand sich ein bogenförmiger Ausschlag von schuppenden Papeln von der gewöhnlich zu beobachtenden Art in Gestalt einer Guirlande über die Stirn vorgeschoben. Eine von diesen roten Papeln erstreckte sich bis auf die behaarte Kopfhaut. Der Ausschlag verursachte nur sehr wenig Beschwerden, und es war eigentlich nur die dadurch erzeugte Entstellung, wegen deren der Patient sich in Behandlung begab. Er ist ein durchaus intelligenter Mensch und behauptet, dafs die Affektion zu keiner Zeit akutere Symptome als gegenwärtig dargeboten habe, und dafs keine der Stellen jemals feucht oder gar nässend gewesen sei.

Starke Teersalbe erwies sich als wenig wirkungsvoll, jedenfalls wirkte sie aber nicht reizend, und die Anwendung einer Zinkschwefelpaste bewirkte eine sehr wesentliche Besserung.

An Beispielen von dem Einfluss der Seborrhöe auf andre Affektionen aufser dem Ekzem fehlt es nicht. Unna hat in dieser Zeitschrift (Bd. VII. 1888. pag. 1067 ff.) nachgewiesen, dafs der seborrhoische Ausschlag häufig für ein nachfolgendes syphilitisches Exanthem den Weg und die Lokalisierung vorherbestimmt, und dafs ferner der seborrhoische Zustand, von dem man früher annahm, dafs derselbe dem Syphilid nachfolge, thatsächlich demselben vorhergeht; mit andern Worten, dafs der Syphiliskranke nicht nachträglich sehorrhoisch erkrankt, sondern dafs an dem Seborrhöekranken die nachträgliche syphilitische Infektion auf den durch die Seborrhöe

Digitized by Google

geschwächten Stellen eine geeignete Stätte für die Entwickelung von Syphiliden findet.

Eine Frage, die sich mir öfters aufgedrängt hat, ist die, ob nicht etwas ähnliche Verhältnisse auch in bezug auf Psoriasis gelten sollten. Alle Autoren erwähnen die Schwierigkeit, welche die Unterscheidung mancher Fälle von Psoriasis von der Seborrhoea corporis darbietet. Seit den erschöpfenden Beschreibungen dieses letzteren Zustandes von Duhring, Colcott Fox, Liveing und Unna hat man gelernt, dafs viele Fälle, welche man vor einigen Jahren noch als Psoriasis diagnostiziert haben würde, jetzt als Fälle von reiner Seborrhöe rubriziert werden müssen. Unsere Unkenntnis der Ätiologie der Psoriasis ist eine so vollständige, dafs uns aufser den äufseren Kennzeichen keine Stütze zur Sicherung der klinischen Diagnose zu Gebote steht. Die unter einander sehr verschiedenen Formen derselben sind bisher nicht genauer formuliert worden, und infolge dessen besitzen wir auch noch kein durchschlagendes Kriterium für die Erscheinungen der Psoriasis, aufser wenn es sich um ganz typische Fälle handelt. Die Schwierigkeit der Diagnose wird auch noch erhöht durch den Umstand, dafs in einer Reihe von Fällen — die sogar auch keineswegs selten sind — die typischen Störungen sowohl der Psoriasis als auch der Seborrhöe miteinander vergesellschaftet sind. Die Stellen, welche für die Diagnose am meisten Schwierigkeiten bieten, sind die Extremitäten, namentlich die Ellbogen und die Vorderarme, sowie die Kniee und die Unterschenkel; hier sieht man die festen, mit hellen Schuppen bedeckten Papeln und Flatschen, und zwischen ihnen oder nur wenig davon entfernt die rosenroten Papeln mit den weicheren, fettigen Schuppen der Seborrhöe. Wenn diese letzteren durch Waschen und Reiben entfernt worden sind, so wird die Differentialdiagnose fast zu einer Unmöglichkeit. Nicht ganz selten findet man auch einen rein seborrhoischen Ausschlag auf der Brust und dem Rücken in Begleitung eines anscheinend reinen Psoriasisausschlags auf den distalen Teilen der Extremitäten. Einige Kranke berichten mit grofser Präzision, dafs der Ausschlag vor längerer Zeit in Gestalt von hellen, silberglänzenden Schuppenmassen auf Ellbogen und Knieen angefangen. In vielen Fällen ergab die völlig glaubwürdige Anamnese, dafs die Abnormitäten an den betreffenden Lokalitäten in höherem oder geringerem Grade schon einige Jahre lang bestanden hatten, ehe irgend welcher universeller Ausschlag sich entwickelte. Wie Besnier hervorhebt, gibt es Fälle von Psoriasis, bei denen die Ellbogen und Kniee nicht beteiligt sind, und bei solchen sind dann die Unterscheidungsmerkmale zwischen den einzelnen Psoriasisflecken und einer etwaigen komplizierenden Seborrhoea corporis für alle praktischen Zwecke aufgehoben. Eine andre Ursache für Verwechselungen konstatieren wir an den Ausschlägen auf der Kopfhaut, denn während bei den Fällen von anscheinend

Digitized by Google

reiner Psoriasis die Läsionen auf dem Kopf aus umschriebenen Anhäufungen harter, trockener Schuppen bestehen, so sind auf der andern Seite bei den eben erwähnten, anscheinend komplizierten Fällen alle möglichen Übergänge zwischen denselben und der gewöhnlichen, diffusen Seborrhöe der Kopfhaut zu finden. Ein prägnanter Fall dieser Vermischung der Ausschläge wurde ganz kürzlich im Hospital vorgestellt:

Ein fünfjähriges Mädchen von gesundem Ausschen wurde wegen eines Ausschlags, der auf den ersten Blick wie Psoriasis aussah, zu uns gebracht. Die Kniee und die unmittelbar darunter gelegene Haut waren mit einer Masse silberglänzender Schuppen dicht besetzt. Über dem Schienbein fanden sich schmutzigrote Flecke, die mit grofsen, schmutzigen, glanzlosen Fetzchen von Epidermis bedeckt waren; auf beiden Seiten der Wade war die Haut in kreisförmigen Stücken abgelöst, wodurch trübe, tiefrote, von einem Saume von Epidermis umgebene Flecke entstanden waren. Unmittelbar oberhalb des Kniees fand sich eine Gruppe glänzend rötlicher Papeln von der Gröfse eines Kleinfingernagels, im Zustand einer mäfsigen Desquamation. Diese Stellen, wie auch einige andere über den Körper verteilte, genau ihnen ähnelnde Gebilde sind als typische Äufserungen der Seborrhoea corporis anzusprechen. Einzelne wenig ausgeprägte Flecke fanden sich auch auf dem Gesicht, aber der Kopf und die Ohren zeigten deutlich ausgesprochene Zeichen der einfachen Seborrhöe. In der Furche hinter den Ohren war die Haut mazeriert und akut ekzematös affiziert.

Beide Ausschläge haben die Neigung, beim Verschwinden Pigmentierungen zu hinterlassen, aber die seborrhoischen sind gewöhnlich von tieferer Farbe als die durch Psoriasis bedingten; bei beiden besteht die Neigung zum Recidivieren, namentlich von den Rändern der vorher bestandenen Flecke aus, und bei beiden ist etwas Periodisches in der Zeit der Recidive, welche meistenteils im Frühling sich ereignen, zu konstatieren.

Bei dem vorherrschenden Mangel an weiteren Beobachtungen können wir nur auf Grund klinischer Erfahrungen über die Verwandtschaft der beiden Leiden Vermutungen aufstellen, sowie darüber, ob das eine das andre beeinflufst, und ob beide dieselben Lokalitäten bevorzugen; jedenfalls wäre aber eine solche Untersuchung eher geeignet, einiges Licht auf die Pathologie der Psoriasis zu werfen.

Es gibt aber keine Affektion, bei der die Seborrhöe einen bedeutenderen Einfluſs auszuüben geeignet wäre, als bei der Acne rosacea. Ob, wie Unna angibt, sie die häufigste Ursache dieses Leidens sei, bin ich nicht in der Lage mit Bestimmtheit zu entscheiden, zumal die aktiven Anzeichen desselben so häufig durch gastrische und uterine Störungen beeinflufst werden; aber die Beobachtung einer grofsen Anzahl von Rosaceakranken hat mir bewiesen, dafs in fast jedem einzelnen Falle Seborrhöe des Gesichts und der Kopfhaut dabei vorhanden ist, und unzweifelhaft ist es, dafs die einfache Beseitigung der Seborrhöe durch rein lokale Mittel viel dazu beitragen kann, um nicht nur die Abschuppung und Pustelbildung zu heben, sondern um auch die aktive Kongestionierung und Hyperämie

Digitized by Google

zu lindern. Der gemeinsame Sitz beider Affektionen, nämlich die Nase, die Wangen unterhalb der Augen und nach vorne zu, die Stirn über der Nase und das Kinn, läfst eine gemeinsame Wirkungsweise als höchst wahrscheinlich und natürlich erscheinen.

In einer so kurzen Abhandlung wie die vorliegende schien es mir nicht angezeigt, auf die Pathologie der Seborrhöe noch einzugehen. Eine derartige Besprechung hätte eine Betrachtung der UNNAschen Ansichten über die Funktionen der Schweifsdrüsen und der Berechtigung des zur zur Zeit üblichen Namens der Krankheit in sich geschlossen und die Grenze dieser Arbeit überschritten. Anderseits sind schon die klinischen Seiten dieser Frage für sich allein von dem gröfsten Interesse, und man darf sich von denselben die Lösung vieler Schwierigkeiten, welche sich bei der Klassifizierung und Behandlung gewisser, bis jetzt als völlig gesondert geltender pathologischer Zustände uns entgegenstellen, versprechen.

Antwort an Dr. P. GRAWITZ, Professor in Greifswald, über die Trichophyton-Frage.

Von

H. LESLIE ROBERTS
in London.

Die Kritik des historischen Teiles meiner Arbeit über Trichophyton von Herrn Prof. GRAWITZ wurde zum Teil durch ein unglückliches Versehen meinerseits verursacht. Ich unterschied nämlich nicht genau zwischen seinen beiden verschiedenen Publikationen von 1876 und 1886 und unterliefs es zu konstatieren, dafs GRAWITZ die Schlufsfolgerungen seiner ersten Arbeit in der zweiten zurückgenommen hat.

Diese Verwechselung meinerseits, welche ich aufrichtig bedauere, erklärt zur Genüge die scheinbaren Widersprüche in den Citaten, welche ich aus GRAWITZs Arbeiten entnommen habe.

Jedoch scheinen mir hiermit noch nicht die sachlichen Unterschiede zwischen den Befunden von GRAWITZ und mir ausgeglichen zu sein. Jeder, der die Abbildungen GRAWITZs von 1876[1] mit denen von VERUJSKY[2]

[1] *Virchows Archiv.* Bd. 70. 1877.
[2] *Annales de l'Institut Pasteur.* No. 8. 1887.

Digitized by Google

und mit meinen eigenen[3] vergleicht, wird mir, wie ich glaube, Recht geben, dafs die hierbei gleichmäfsig angewandte Methode der Züchtung auf flüssigen Medien in den Händen der französischen Schule zu höheren Entwickelungsformen des Pilzes geführt hat, als bei GRAWITZ.

Was GRAWITZs spätere Züchtungen auf festen Nährböden betrifft, so sagt der Autor darüber in seinem Vortrage vom 6. Januar 1886[4], zehn Tage früher als DUCLAUX den seinigen in der Société de biologie hielt, folgendes: „Die Fäden sind verfilzt, Fruktifikation besteht nur hier und da (gesperrter Druck nicht im Original!) in Gonidienbildung innerhalb dickerer Fäden, meist in Abschnürung kleiner einzelner Gonidien aus kurzen Seitenzweigen." „Auf Agar-Agar" . . . „mikroskopisch dasselbe Bild wie oben." „Auf Blutserum: die Fäden sind ungleich dicker als in den Agarkulturen, sie bilden lange Ketten kugeliger, hintereinander aufgereihter Gonidien."

Ein Vergleich dieser Beschreibung mit der meinigen zeigt, denke ich, dafs GRAWITZ den Pilz zu einem Stadium der Entwickelung gebracht hat, der sich zwar der höchsten Entwickelungsstufe nähert, dieselbe aber nicht ganz erreicht.

Sein Herpes tonsurans-Pilz zeigt beim Wachstum auf Blutserum mit meinen submergierten Kulturen die gröfste Ähnlichkeit: da sind dieselben „langen Ketten kugeliger, hintereinander aufgereihter Gonidien."

Die wahre Fruktifikation bei Trichophyton findet aber meiner Meinung nach nicht „innerhalb" der Fäden, sondern nur exogen statt.

Versammlungen.

Wochen-Zusammenkünfte der Ärzte des Hôpital Saint-Louis.

(Nach *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 1889.)

14. Sitzung.

E. BESNIER. Fall von **Xanthoma diabeticum.** Bei dem jetzt 42jährigen Pat. besteht der Ausschlag seit 6 Jahren; es ist nicht sicher, ob sein Harn damals schon Zucker enthielt (jetzt 7,8 %). In den verflossenen 5 Jahren pflegt der Ausschlag im Juli zu beginnen, um unter allmählichem An- und Absteigen in jedem November spurlos zu verschwinden. Nur im letzten Jahre erschien der Ausschlag gleich nach dem Abblassen im November wieder. Forschreitender Kräfteverfall. Zur Zeit symmetrisches papulöses Xanthom an beiden Ellenbogen, von wo aus es sich nach Arm und Vorderarm erstreckt. Einzelne zerstreute Elemente am Nacken und der Hohlhand. Kopf, auch Conjunctiva und Wangenschleimhaut, Leib und Rücken frei. Zwei

---

[3] Diese Zeitschrift Bd. IX. No. 8. 1889.
[4] *Berliner klin. Wochenschr.* 1886.

Digitized by Google

grofse Erythrasma-Plaques in den Hodensack-Leisten-Falten. Zusammenhängende Papeln an den Knieen, an den Schenkeln, der Lenden- und Gesäfsgegend. — Nach Besnier sind Diabetes und Xanthom Folgen der nämlichen Dyskrasie, des alten „Arthritisme." Eine Störung der Leberfunktion sei die Ursache eines jeden Xanthoms. Das X. diabeticum hat noch einige besondere Eigenschaften: Es lokalisiert sich sehr oft auf der Wangenschleimhaut; die Augenlider sind für gewöhnlich nicht beteiligt; die subjektiven Beschwerden sind stärker als beim X. vulgare; das X. diabeticum verläuft in der Regel, aber nicht immer, intermittierend. — Hallopeau meint, dafs X. vulgare und diabeticum seinen zwei ihrer Natur nach verschiedene Krankheiten. — E. Besnier: Auch bei Diabetikern kommt, wenn auch nur selten, das Xanthom auf der Conjunctiva vor; auch das X. vulgare kann verschwinden u. s. w. Die Einwände gegen die Zusammengehörigkeit beider Formen sind also nicht sehr schwerwiegend.

Hallopeau. **Gumma des Gliedes, das einen harten Schanker vortäuschte.** Patient ist seit 7 Jahren syphilitisch. — Fournier: Das Vorkommen syphilitischer Ulcerationen am Glied im dritten Stadium der Syphilis ist nichts ganz Seltenes; daher, durch Verwechselung mit primärem Schanker, die irrige Meinung einer Reinfektion. Beim tertiären Syphilid ist jedoch der Grund der Ulceration unregelmäfsig, alveolär, aufgewühlt, während er beim primären Geschwür flach und glatt ist. — E. Besnier: Ob nicht vielleicht diese tertiären Syphilide des Penis direkt von der Primärinfektion herrühren, indem Keime lange Zeit im Gewebe latent verblieben sind? — Fournier wagt diese Frage, für deren Bejahung manches spreche, nicht zu entscheiden. Auf eine Anfrage Laillers entgegnet er, dafs solche Ulcerationen doch wohl meist mit tiefliegenden Knoten beginnen, was von Vidal bestätigt wird. — Hallopeau: Auch bei diesem Patienten verhielt es sich so, und er erinnert sich genau, dafs der primäre Schanker an derselben Stelle safs, die jetzt das Syphilid einnimmt.

Hallopeau stellt einen Mann vor mit stellenweiser, unvollkommener **Alopecie, hervorgerufen durch krankhaftes Kratzen** der behaarten Körperteile; auch an den Pubes sind die Haare büschelweise ausgerissen; an allen diesen Stellen empfindet der Kranke das heftigste Jucken und kratzt sich mit einer wahren Wut. — E. Besnier schlägt für solche Zustände die Bezeichnung Trichomanie vor; hat ein Kind behandelt, das sich Tag und Nacht die Haare ausrifs, um sie aufzukauen. Bekannt sei das Nägelkauen, auch eine Form der Mania infantilis. — Lailler: Das Nägelkauen der Kinder geschehe aus Spielerei; der vorgestellte Patient handle aber infolge des heftigsten Juckens. — E. Besnier: Gewifs! Aber nicht jeder, der sich kratzt, reifst sich auch schon die Haare aus. — Hallopeau schlägt die Bezeichnung Trichotillomania vor ($\tau\iota\lambda\lambda o\mu\alpha\iota$ = ich reifse).

Tenneson. Junge Frau mit **Lichen obtusus** der Oberextremitäten und Lichen hypertrophicus der Unterextremitäten. — Es schliefst sich daran eine längere Besprechung über die verschiedenen Formen des Lichen.

Hallopeau bringt einen Fall von **Syphilis hereditaria tardiva,** ein junges Mädchen betreffend. Dasselbe ist hinfällig und wenig entwickelt, sieht jünger (als 19 Jahre) aus; Thorax rhachitisch; Uvula und Gaumensegel sind zerstört; doppelseitige Hornhauttrübung und Iritis; mäfsiger Grad von Taubheit; Verlust der Schneidezähne; Anschwellung im mittleren Teil des linken Unterarms, seit 5 Monaten bestehend.

E. Besnier stellt ein ungefähr 5 Monate altes Mädchen gesunder Eltern vor, dessen Labia majora mit platten, runden oder ovalen, papelförmigen Erhabenheiten

Digitized by Google

von roter Farbe bedeckt sind, welche völlig den Plaques syphilitiques gleichen Ähnliche Elemente in der Plica inguino-cruralis und in den Hautfalten am Oberschenkel. Sonst nichts Abnormes. — Vidal ist gegen die syphilitische Natur des Leidens. — Fournier läfst die Diagnose offen; er habe den Ausschlag als Herpes vacciniformis bezeichnet. Der Vorsicht halber sollten solche Kinder von der Brust genommen werden. — Acht Tage später war das Kind unter Anwendung von Stärkemehlpuder geheilt, was gegen Syphilis spricht.

Feulard. 15monatliches Kind mit allerlei **tuberkulösen Symptomen**: zwei fluktuierende, skrofulo-tuberkulöse Gummata auf der Stirn; ebensolche Gummata der Haut in der Gegend des rechten und linken Ohres, auf dem Thorax, den Armen, Spina ventosa des rechten Zeigefingers; Abscesse und Narben an den Unterextremitäten; Tumor albus der Articulatio tibio-tarsalis; sonst gesund. Mutter etwas verdächtig der Schwindsucht; 2 gesunde Kinder.

15. Sitzung.

Hallopeau stellt ein älteres Mädchen mit einem Ausschlag vor, den er 1887 als Lichen planus atrophicus beschrieben hat, den er aber in Übereinstimmung mit Darier lieber **Lichen planus sclerosus** nennen möchte. Im vorgeführten Fall sitzt der Ausschlag an der Beugeseite der Vorderarme und besteht aus Plaques von farblosen, harten, glänzenden Papeln von ungefähr $^1/_2$ mm Höhe und 1—8 mm Durchmesser; sie sind mit kleinen Einsenkungen bedeckt, die den erweiterten Drüsenöffnungen entsprechen. An jedem Arm mehrere derartige Plaques. Der Ausschlag juckt zuweilen leicht; er besteht seit 6 Monaten und hat schon, ohne therapeutischen Eingriff, bedeutend nachgelassen. — In einem früheren Fall hat Darier bei der Sektion Schwund des Papillarkörpers mit Hautsklerose und Erweiterung der Schweifsdrüsengänge nachgewiesen. Es handle sich also wohl um eine besondere Form und nicht nur um einen abnormen Verlauf des Lichen planus vulgaris, zumal die Elemente von vornherein hier farblos sind. — Besnier läfst die Bezeichnung Lichen planus sclerosus gelten; im übrigen sieht er darin nur eine Varietät des Lichen planus, bei welcher die regressive Atrophie der Elemente stärker als gewöhnlich hervortritt.

Feulard. Junger Mensch mit **Trichophytiasis colli**, vermutlich entstanden dadurch, dafs er sich mit einer Pferdedecke zudeckte. Das betreffende Pferd wies in der That kahle Stellen am Rücken auf. — Lailler: Auch durch das Futter kommen Übertragungen vor.

E. Besnier. Bei dem vorgestellten Mann handelt es sich vermutlich um **sekundäre Syphilis ohne auffindbare primäre Infektion.** Vor 2 Monaten, unmittelbar nach einem Reinigungsbad Ekchymosen-artige Flecke auf den Oberschenkeln, die aber schnell wieder verschwanden. Einen Monat später nächtliches Fieber, das unter Schweifsausbruch am Morgen nachläfst. An einem der nächsten Abende der nämliche Anfall mit Urticaria ähnlichem Ausschlag auf den Schenkeln im Gefolge; dritter Anfall am nächsten Abend mit nächtlichen Dilirien, Ausschlag auch im Gesicht. Seitdem hat der Ausschlag noch zugenommen, die Elemente gruppieren sich, fliefsen zusammen, bilden Plaques u. s. w., sind rot gefärbt, erinnern im Gesicht und an den Armen durch ihr Aussehen stark an Syphilis; sonst nichts, was auf Syphilis hinwiese, keine Drüsenanschwellung. Und doch handelt es sich hier zweifellos um Syphilis. Aber wo ist ihre Eingangspforte? — Vidal hat bei einer 50jährigen frommen Jungfrau etwas Ähnliches erlebt; auch da liefs sich für die sicher nachgewiesene Syphilis der Initialschanker nicht auffinden.

Digitized by Google

VIDAL. Kind von 7 Wochen mit papulösem und papulo-squamösem **Ausschlag** von schmutziggelber Farbe; an den Händen sieht der Ausschlag sehr **syphilitisch** aus. Keine Coryza, keine Leberschwellung. Mutter gesund; über den **Vater** ist nichts bekannt. Handelt es sich hier um **Syphilis oder Ekzema seborrhoicum?** Neigt zu letzterer Ansicht. — E. BESNIER: Man habe es wohl mit einer Varietas seborrhoica des Ekzema infantile zu thun; derartige Affektionen syphilitischer Natur sitzen mit Vorliebe in der Ano-Genitalgegend.

VIDAL. Knabe mit beginnender **Pityriasis rubra** DEVERGIE. Wendet sich gegen die von E. BESNIER vorgeschlagene Bezeichnung P. rubra pilaris, weil das Verwechselungen mit der P. rubra von HEBRA abgebe. Der Ausschlag, auch Keratosis pilaris genannt, wird von den Amerikanern mit Unrecht zur Ichthyose gerechnet, denn bei letzterer Form sind die Hautfalten über den Gelenkbeugen glatt, während bei der Pityriasis das Leiden an diesen Stellen gerade am ausgesprochensten ist. Durch die Behandlung mit inneren Mitteln (Arsen, Acid. carbol.) hat Verf. nie Erfolge gesehen. Wegen der grofsen Ähnlichkeit mit Psoriasis habe er die bei dieser gebräuchliche Behandlungsweise mit Acid. chrysophan., Acid. pyrogall. etc. versucht und habe jedesmal bedeutende Besserung, am meisten noch mit Ol. Cad. erzielt.

VIDAL stellt eine Frau mit **Mandelschanker** vor, deren Mann ein **Ulcus auf der Zunge** habe; weist auf die Anschwellung der tiefen Halsdrüsen hin, die er nur bei weit hinten sitzenden Ulcera — sowie bei Mandelschanker, nie aber beim Ulcus der Lippen beobachtet habe. — Wird von BESNIER bestätigt. — Der Mann, dessen Zungenschanker älteren Datums ist, hat bereits einen sekundären Hautausschlag von akneförmigen Syphiliden, leidet auch sonst an Acne vulgaris, daher hat das Syphilid zweifelsohne diese Form angenommen. — E. BESNIER meint, dafs eine unmittelbare Übertragung des Schankers von Zunge auf Mandel hier wohl nicht stattgefuuden habe und sieht im Speichel den Vermittler. — VIDAL ist derselben Ansicht.

16. Sitzung.

J. COMBY stellt einen 6½jährigen Knaben angeblich gesunder Eltern vor, dessen eine Schwester an Meningitis tuberculosa gestorben ist, und der im **Anschlufs an Röteln** an **Hauttuberkulose** der Hände erkrankte. Aufserdem besteht am rechten Vorderarm ein erbsengrofses Gumma scrofulo-tuberculosum. Die Lunge ist nachweislich nicht krank.

MOREL-LAVALLÉE stellt einen Mann mit **Tuberkulose des Mundes** vor. Die Geschwüre sitzen am Zungenrande, als ob sie von den im Munde anwesenden Zahnstümpfen herrührten; ihre tuberkulöse Natur ergibt sich aus der Anamnese — schon seit längerer Zeit bestehende Kehlkopftuberkulose — sowie aus dem Vorhandensein einer zweifellos tuberkulösen Ulceration des Gaumens. Die früher mehr kallösen Zungengeschwüre sehen jetzt eiterig aus, wie heilende Gummata. — FOURNIER: Die Geschwüre seien fast typisch für Syphilis, wohin man sie vor wenigen Jahren auch noch gerechnet haben würde. — LAILLER spricht ihnen den syphilitischen Charakter ab. Zahnstümpfe seien wohl immer beim Zustandekommen von Zungenulcerationen beteiligt, möglich sei immerhin, dafs es sich im vorgestellten Falle nur um solche einfache Ulcerationen handle.

VIDAL. **Flächensyphilom** (Syphilome en nappe) der Mundschleimhaut,

Digitized by Google

vom Gaumen bis zum Zahnfleisch sich erstreckend, namentlich auch an der Lippe, bei einem Manne von 45 Jahren.

Feulard. Junge Frau mit typischer **Pityriasis rosacea und Magenerweiterung.** Die ursprüngliche Plaque konnte Feulard nicht mehr auffinden. Die Frau ist eine starke Esserin und Trinkerin, nimmt ihre Mahlzeiten aufserordentlich schnell und pflegt dabei des Abends vor dem Schlafengehen noch 5—6 Glas Wasser zu trinken. Infolgedessen starke Magenerweiterung. Das Zusammentreffen von Magenektasie mit Pityriasis rosacea ist übrigens nichts ganz seltenes. — Besnier bestätigt dieses Zusammentreffen, das im übrigen ein ganz zufälliges sei. — Hallopeau: Nach Barthélemy sei Akne häufig bei Magenerweiterung; diese Beobachtung stimme aber schlecht mit der Thatsache, dafs ersteres Leiden mehr der Jugend, letzteres mehr dem vorgeschrittenen Alter eigen sei. — E. Besnier: Akne und Pityriasis ständen nicht im selben Verhältnis zur Dilatatio ventriculi; das Zusammentreffen der ersteren mit der Magenerweiterung sei viel häufiger, weil beide durch die nämlichen Verhältnisse bedingt seien. Die Besserung der Akne gleichzeitig mit der Besserung der Magenerweiterung sei eine Folge der durch letzteres bewirkten Hebung des Allgemeinbefindens. Und sicherlich bestehe eine Beziehung zwischen der Akne und den Magenkrankheiten.

Vidal. 53jähriger Mann, nicht syphilitisch, mit **spontanem Keloid,** 9 cm lang, 3 cm breit, 1 cm hoch, in der Brustbeingegend. Dies Keloid ist vor 19 Jahren ohne nachweisbare Veranlassung entstanden, wuchs zuerst langsam, seit 1878 aber schnell und wurde schmerzhaft. Ein zweites Keloid, erst in jüngster Zeit in der rechten Ellbogenbeuge ebenfalls ohne sichtbare Ursache entstanden, ist nach 5 bis 6 Skarifikationen schnell geheilt. Auch das grofse Keloid wurde vom Verf. nach seinen eigenen Verfahren mit Skarifikationen erfolgreich behandelt. Die Schnitte müssen 4—5 mm voneinander entfernt sein und vor allem durch die ganze Dicke des Keloids gehen, das nur mit einem Drittel über die Haut hervorragt; der Eingriff kann alle 8 Tage wiederholt werden. Es darf kein Keloidknoten zurückbleiben, wenn man keinen Rückfall befürchten will. — E. Besnier: Diese Behandlung erfordere viel Geduld seitens des Patienten. (Vidal hat den Vorgestellten 18 Monate lang behandelt.) Neben der Skarifikation seien lösende Pflaster und Kompression erforderlich. Das Vorkommen von spontanem Keloid bestreite er übrigens.

Fournier bringt einen Syphilitischen mit einem **Gumma im M. tibialis anticus** des l. Unterschenkels, oder in seiner Sehne. Das Gumma besteht in einem kleinen, ovalen, harten Tumor und hat sich in den 3 Jahren seines Vorhandenseins nicht verändert; es ist jetzt entschieden sklerosiert. Zweifelhaft, ob es einer demnächst einzuleitenden spezifischen Behandlung weichen wird. — E. Besnier: Die Gummata intramuscularia verhalten sich der Therapie gegenüber sehr hartnäckig. — Auch Lailler glaubt nicht an die Heilbarkeit solcher Gummata. — Feulard hat gefunden, dafs dieselben leicht eine fibröse Umwandlung eingehen und dann durch Jahre unverändert bleiben. (Bei einer späteren Vorstellung war das Muskelgumma fast ganz verschwunden.)

E. Besnier stellt einen Mann vor mit **extragenitalem Schanker,** in Form einer grofsen infiltrierten Plaque unterhalb des linken Schlüsselbeins; aufserdem Roseola über den ganzen Körper. — Fournier: Es sei wohl richtiger, den Ausschlag wegen seiner Form als erythemato-papulöses Syphilid zu bezeichnen. — E. Besnier: Unter „Roseola boutonneuse" verstehe er einen gleichzeitig mit dem Schanker auftretenden erythemato-papulösen Ausschlag. — Hallopeau: Es handle sich doch wohl

Digitized by Google

um einen Papelausschlag, sowie der Finger einen festen kleinen Knoten fühle. — VIDAL: Im vorgestellten Falle sei der Polymorphismus der Syphilide unverkennbar und die harten Knötchen kämen nicht bei der Roseola vor. — FOURNIER ist gegen BESNIERS Auffassung, daſs die zeitliche Folge für die Diagnose maſsgebend sei. Es kämen Fälle von Syphilis vor, wo mit dem Schanker gleichzeitig Ulcerationen auftreten. — BESNIER: Die Chronologie der Erscheinungen habe ihre groſse Bedeutung. — LAILLER: Beim vorgestellten Patienten bestehe gleichzeitig eine Roseola und ein papulöser Ausschlag.

VIDAL. Kind mit symmetrischem **Lupus erythematosus** der Hände und des Gesichts. Das Leiden entstand angeblich nach Frostbeulen an den erkrankten Teilen; es ist wohl möglich, daſs die Frostbeulen für den Sitz des Leidens bestimmend waren.

Türkheim-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Zirkulationsstörungen.

Urticaria factitia (Dermato-névrose stéreographique) und Erythrasma bei einem heruntergekommenen Alkoholiker, von Dr. CHAMBARD. (*Archive de neurolog.* 1889. Vol. XVII. No. 48.) Ein 33Jähriger, von dessen psychischer Affektion hier nur Gesichts- und Gehörs-Hallucinationen hervorgehoben werden sollen, bietet neben dem parasitären „Erythrasma" die Eigenheit, daſs er auf jede mechanische Reizung seiner Haut mit einer Urticariaquaddel antwortet. Diese Quaddel folgt in ihren Konturen stets den Formen des Objekts, mit dem man drückte resp. zeichnete; sie blieb wenigstens 1 Stunde sichtbar. Kein Jucken, dagegen deutliche lokale Temperaturerhebung. Ebendenselben Effekt hatte die „hydromechanische Reizung", d. i. Besprengen mit Wassertropfen, Wasserstrahl etc.

Reizung der Haut mit Funken der statischen Elektrizität hatten keinen Erfolg, die mit dem faradischen Strom gelangen, mit dem galvanischen nicht. Sinapismen wie bei Gesunden. Erdbeeren, Krebse etc. riefen keine Urticaria hervor.

C. betont, daſs man diese Dermatoneurose — den Namen Urticaria factitia findet Ref. nirgends — vorwiegend bei Hysterischen und Fiebernden beobachte. (Nach MENDELS *Neurol. Cbl.* 1889. No. 20.) *Pauly-Nervi.*

Bemerkungen zu einem Fall von Masern bei einem an Urticaria pigmentata erkrankten Knaben, von A. MOREL-LAVALLÉE. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889. No. 1.) Der Patient wurde von einem andern Kranken im Hôpital Saint-Louis angesteckt. Die Inkubation dauerte genau 14 Tage. Das Exanthem war nur geringgradig, das Fieber dagegen hoch, bis zu 40°, mit heftiger Bronchitis. Das Zusammentreffen von Masern mit Urticaria pigmentosa ist äuſserst selten. Auſser diesem ist nur noch ein Fall von UNNA veröffentlicht.

Türkheim-Hamburg.

Die Hauterkrankung bei der Pellagra (die Pellagra in Österreich), von PAUL REYMOND. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889. Heft 7.) Diese Arbeit ist das Ergebnis einer Reise in das südliche Österreich, namentlich in Friaul, woselbst die Pellagra zuhause ist. Verf. läſst absichtlich alle anderen Fragen beiseite und beschränkt sich auf die Darstellung der bei dieser Krankheit zur Beobachtung

Digitized by Google

kommenden Hautstörungen. Aus den wenigen voraufgeschickten Bemerkungen sei erwähnt, dafs ätiologisch von fast allen Ärzten übereinstimmend Elend und übertriebener Mais-Polenta-Genufs beschuldigt werden. Nach verschiedenen Prodromal-Symptomen, wie allgemeine Hinfälligkeit, Durchfälle, maniakalische Erregung, erscheint plötzlich ein Erythem auf der Haut, das mit Hitze und Brennen verbunden ist. Mit Vorliebe sitzt dieses Erythem auf dem Handrücken, bis zur ersten und zweiten Finger-Phalange, während die letzte Phalange immer frei bleibt. Aber auch andere Körperteile, Gesicht, Brust, Füfse, bleiben nicht verschont. Die entzündeten Hautteile fühlen sich wesentlich verdickt an. Das Erythem erscheint immer nur im Frühjahr; bei sehr heftigem Anfall kommt es auch zur Blasenbildung. Nach 10 bis 18tägigem Bestand macht es einer lebhaften Abschuppung Platz, die Haut erlangt aber ihre normale Farbe nicht wieder, sondern färbt sich mehr oder weniger tief braun; gleichzeitig bleibt sie stark verdickt. Ein solcher Anfall mit nämlichem Verlauf pflegt sich gewöhnlich im nächsten Jahre zu wiederholen. 4—5 Jahre nach Beginn der Krankheit wird die Haut dann welk und runzelig, ohne sonstige abnorme Veränderungen der Haare, der Nägel, der Sensibilität etc. Mikroskopisch erweist sich die Epidermis sehr verdünnt, die Hornschicht stark vergröfsert, die Papillen geschwunden. Die Nerven erleiden keinerlei Veränderung. Der Einfluſs der Sonnenstrahlen spielt beim Zustandekommen des Exanthems wohl eine Rolle, aber er ist nicht allein und nicht einmal in erster Linie dafür verantwortlich.

Türkheim-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Weitere Fälle zum Beweise der Kontagion der Lepra, von Zuriaga. (*Annales de Dermat. et de Syph.* 1889. Heft 7.) Ein Mensch aus lepröser Familie erkrankte in jungen Jahren an Lepra. Seine Brüder, welche die Heimat in gesundem Zustande für immer verlassen, bleiben dauernd gesund. Der Kranke heiratet, und durch sorgfältige Absonderung seiner Kinder, deren ältestes jetzt 10 Jahre ist, ist es ihm gelungen, dieselben bis jetzt aussatzfrei zu halten. — Ein anderer Einwohner desselben Dorfes aus völlig gesunder Familie wird nach jahrelangem, ziemlich engen Verkehr mit dem erstgenannten Kranken von diesem angesteckt und überträgt die Krankheit auf seine Schwester; später heiratet er und erzeugt gesunde Kinder, die, von dem Vater ferngehalten, bislang noch gesund sind. *Türkheim-Hamburg.*

b. *Tuberkulose.*

Lupus auf der Fufssohle eines 5jährigen Kindes, von Drs. Charon und Gevaert. (*La Presse médicale belge.* 1889. No. 30.) Fall von primitivem Lupus der Fufssohle, der vor 2 Jahren nach Verletzung durch einen Nagelstich aufgetreten ist. Der Vater des Kindes ist tuberkulös. Die Behandlung bestand in Auslöffelung bis auf die Aponeurose mit nachfolgendem Chlorzinkverband. Heilung nach 3 Wochen. Das Mikroskop bestätigte die lupöse Natur der Affektion: Tuberkulöse Herde, charakterisiert durch epitheloide, embryonale und Riesenzellen, sowie durch die Anwesenheit der Kochschen Bacillen in den letzteren. *Dubois-Havenith-Brüssel.*

Digitized by Google

c. *Syphilis.*

Über den Verlauf der im vorgerückten Alter erworbenen Syphilis, von Alex. Renault. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889. No. 3 u. 4.) Als „vorgerücktes Alter" wird in Übereinstimmung mit Fournier und Gailleton die Zeit nach dem 50. Lebensjahre angegeben. Naturgemäfs ist eine frische Syphilis in diesem Alter ziemlich selten; Horand hat in Lyon nur 20 frische Schanker bei Personen über 50 Jahre gesehen. Das 2. Kapitel beschäftigt sich mit dem primären Schanker. Das Inkubationsstadium beträgt nach 6 Beobachtungen Quinquauds 5—6 Wochen, scheint also etwas länger als im jugendlichen Alter zu sein, bei welchem Fournier die Dauer auf 25—30 Tage angibt. Der Greisenschanker unterscheidet sich von der „jugendlichen" Form durch das spätere Auftreten der Bubonen, durch seine Dauer, die Häufigkeit von Komplikationen, die Langsamkeit der Vernarbung und die Hartnäckigkeit der nachfolgenden Sklerose. Die Bubonen brauchen 6—7 Wochen zu ihrer Entwickelung (gegen 11—15 Tage in jüngeren Jahren); ebensoviele Wochen gebraucht auch das Geschwür zu seiner Heilung. Was die Komplikationen anbelangt, so hat der Greisenschanker die gröfste Neigung, sich zu vergröfsern, sich mit schroffen Rändern zu umgeben und zuweilen sogar phagedänisch zu werden. Die Vernarbung bleibt zuweilen unvollständig. Bei der Seltenheit des harten Schankers im Greisenalter ist eine Verwechslung mit anderen Formen, Karzinom z. B., zumal wenn er extragenital sitzt, möglich und thatsächlich auch schon vorgekommen. Man mufs also bei zweifelhaften Geschwüren immer an diese Möglichkeit denken und nötigenfalls sekundäre Symptome abwarten, welche durch Allgemeinerscheinungen fieberhafter Art eingeleitet werden können, ja, es kommt auch wohl zu einem förmlich typhösen Zustand, der von Quinquaud als „Typho-Syphilis" beschrieben ist. Die Zeit bis zum Ausbruch der Haupterscheinungen schwankt zwischen 15 Tagen und $2^1/_2$ Monaten, während sie beim Schanker des jüngeren Alters im Durchschnitt 6—7 Wochen zu betragen pflegt; sie bestehen in Roseola, papulösen und papulo-tuberkulösen Syphiliden, sowie in Plaques cutanées de Legendre. Die Roseola tritt bei der Greisen-Syphilis gewöhnlich nur leicht auf, bisweilen fehlt sie sogar vollständig. Die papulo-tuberkulösen Syphilide, eine späte Erscheinung bei der Jünglings-Syphilis, traten bei der Greisen-Syphilis schon frühzeitig auf. Die genannten drei Ausschlagsformen der späten Syphilis zeichnen sich durch ihre Hartnäckigkeit aus und neigen sehr stark zu Rückfällen. — Drüsenanschwellungen. — Auch Hautgummata sind nichts Seltenes. Schwer ergriffen erscheint bei der Greisen-Syphilis aber namentlich das Nervensystem: psychische und motorische Störungen, Delirien, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Monoplegien, Hemiplegien, Paraplegien, Aphasie, Lähmung der Sphinkteren und Sensibilitätsstörungen. Diese nervösen Symptome recidivieren häufig, werden mit jedem Rückfalle hartnäckiger und nehmen oft sogar einen progressiven Charakter an. Ebenfalls stark beteiligt sind die Sinnesorgane. Ohrensausen und Schwerhörigkeit, Otitis media suppurativa mit Ausgang in völlige Taubheit, schwere Erkrankungen der Retina und des N. opt. Schliefslich ist auch das Allgemeinbefinden schwer geschädigt: Anämie und Kachexie sind die fast steten Begleiter einer spät erworbenen Syphilis. Die aufgezählten sekundären Erscheinungen tragen bei der Greisensyphilis schon mehr den tertiären Charakter.

Nur selten besteht ein Nachlafs der Erscheinungen zwischen der zweiten und dritten Periode; noch seltener hat die Syphilis mit dem sekundären Stadium ihr Ende erreicht; in den meisten Fällen stellen sich vielmehr sehr bald die tertiären Symptome ein, im Mittel etwa 10 Monate nach Beginn des primären Schankers. Die Syphilide der tertiären Form sind entweder tuberkulo-ulcerös oder rein ulceröser

Digitized by Google

Natur. Sie haben die Neigung, sich über den ganzen Körper auszubreiten, sind einesteils vielfach mit Krusten bedeckt; anderseits vermögen sie, unter dem Einfluſs einer gleichzeitig bestehenden individuellen Diathese, ihr ursprüngliches Aussehen zu verändern; so könnten sich z. B. nach Després tuberkulöse Syphilide bei alten Rheumatikern in Acne molluscoides verwandeln. Die Hautsyphilide haben groſse Neigung, sich in die Breite und Tiefe auszudehnen, phagedänisch und gangränös zu werden; sie können selbst die oberflächlichen Muskelschichten angreifen und erweisen sich gegen jede Behandlung sehr rebellisch. Gummata kommen beim tertiären Stadium der Greisensyphilis in allen Geweben und in groſser Zahl vor; sie entwickeln sich nur langsam, recidivieren leicht und sind äuſserst hartnäckig. Abseiten des Zentral-Nervensystems sind dieselben Zufälle möglich, wie im sekundären Stadium, nur daſs die Störungen in der tertiären Periode nicht mehr funktioneller Natur sind, sondern auf pathologisch-anatomischer Grundlage beruhen. Von Fournier ist dieser ganze Symptomenkomplex als Syphilis cerebro-spinalis beschrieben.

Differentialdiagnose: Bei der Greisengehirnsyphilis kommt es im Gegensatz zu anderen Gehirnkrankheiten des Alters (Atherose, Demenz etc.) nicht zu Apoplexie, vielmehr wird die Szene häufig durch einen epileptiformen Anfall eingeleitet, dem bald Paresen und Paralysen folgen. Ein der Hirnsyphilis eigener Kopfschmerz zeichnet sich dadurch aus, daſs er sehr hartnäckig ist, immer nur an einer bestimmten Stelle sitzt und nachts seine Heftigkeit verdoppelt. Wo dieser Kopfschmerz bei Hirnsyphilis fehlt, sind Lähmungen, zumal der Augenmuskulatur (Ptosis, Strabismus) nichts Seltenes. Nach Fournier sind diese Augenmuskellähmungen sogar von pathognomischer Bedeutung. Die Gefäſserkrankungen bieten keine charakteristischen Merkmale. Bei den syphilitischen Krankheiten des Mundes und Rachens sind Verwechselungen z. B. mit der sogenannten Psoriasis linguae und Zungenkrebs möglich. Renault stützt sich bezüglich des Zungenkrebses ganz auf Fournier, der folgende Unterscheidungen macht: Das Karzinom ist von einer jauchigblutigen Flüssigkeit umspült, blutet leicht, während das Gumma mit Eiter bedeckt ist und keine Neigung zur Blutung zeigt; ersteres erscheint meistens nur einzeln, letzteres zu mehreren; Zungenkrebs ist äuſserst schmerzhaft; Zungensyphilis macht nur geringe Symptome etc.

Prognose und pathologische Anatomie. Während die meisten Autoren die Prognose der Greisensyphilis als eine durchaus ungünstige bezeichnen, machen nur Lagneau und Sigmund eine Ausnahme. Nach letzterem heilen 75 % aller Fälle. In mehreren, durch 10 Jahre beobachteten Fällen blieb diese Heilung eine dauernde. Üble Erfahrungen scheinen die Franzosen, Ricord, Fournier, Quinquaud, Gailleton etc. gemacht zu haben; namentlich letzterer erklärt kategorisch jeden einem schnellen Tode verfallen, der mit über 50 Jahren syphilitisch wird. Nach Renault wird der ungünstige Verlauf der Greisensyphilis durch die senile Involution und Degeneration des Organismus erklärt, welcher dem luetischen Gifte viel weniger Widerstand entgegenbringe als in jungen Jahren. Nicht die Art des Virus, wie einzelne Syphilidologen wollen, sondern der geschwächte Organismus gestalte die Prognose so ungünstig.

Therapie (deren räumliche Anspruchlosigkeit hier wie überall eigentümlich auffällt): Energische Anwendung der Spezifica, unter beständiger Überwachung des gebrechlichen Körpers. Das trostlose Schluſswort lautet: Den schweren Erscheinungen der Greisensyphilis gegenüber bleibt jede Therapie nur allzuhäufig ohnmächtig.

Türkheim-Hamburg.

Digitized by Google

Über das Ektropium infolge von Gesichts-Syphilis, von H. Hallopeau und Louis Wickham. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889. No. 1.) Die Verff. hatten Gelegenheit, kurz hintereinander 2 Frauen im Alter von 45 bezw. 54 Jahren zu beobachten, bei denen es sich um eine jahrelang bestehende und vollkommen vernachlässigte Gesichtssyphilis handelte. Durch Narbenretraktion ist es bei der einen Frau zum völligen Ektropium des rechten Auges gekommen; die Cornea, ihrer schützenden Hülle beraubt, befindet sich bei Aufnahme der Patientin bereits in etwas getrübtem Zustande und opalisiert trotz ausgiebiger antisyphilitischer Behandlung unter den Augen der Ärzte immer mehr und mehr, so dafs das Auge in kurzer Zeit gänzlich erblindete. Noch schlimmer hauste die Syphilis bei der zweiten Frau, die durch doppelseitiges Panektropium die Sehkraft auf beiden Augen einbüfste und das Krankenhaus mit der ausgesprochenen Absicht verliefs, sich das Leben zu nehmen. Da die spezifische Behandlung in beiden Fällen die Erkrankung der Cornea ganz unbeeinflufst liefs, so folgern die Verff. daraus, dafs die Erkrankung der Hornhaut nicht syphilitischer Natur, sondern erst sekundär durch den Verlust der Augenlider bedingt ist. *Türkheim-Hamburg.*

Einige Bemerkungen über die hereditäre Syphilis, von Dr. Boulangier. (*La Presse médicale belge.* 1889. No. 41.) Der Verf. analysiert die Beobachtungen von King und Collin über die hereditäre Syphilis, welche 2 Generationen übersprungen hatte, und beweist, dafs nichts an diesen Beobachtungen beweise, die Syphilis könne eine oder zwei Generationen überspringen.

Dubois-Havenith-Brüssel.

Syphilis maligna praecox. (*La Presse médicale belge.* 1889. No. 5.) Bericht über die Krankengeschichte eines 20jährigen, seit 6 Jahren wegen Albuminurie behandelten Mannes, der plötzlich Erscheinungen von seiten der Haut aufwies; dieselben bestanden in Tumoren, die schnell in Ulceration übergingen, sich rapid ausbreiteten und an Zahl zunahmen. Sie hatten alle Charaktere von syphilitischen, bereits ulcerierten oder eben in Ulceration übergehenden Gummiknoten. Bis dahin war der Kranke durch seinen Hausarzt mit Jodkalium (2,0 pro die) behandelt worden. Von dem Augenblicke an, wo der Verf. eine merkurielle Injektionskur einleitete, wurde der Kranke von Hämoptoë befallen, der er bald erlag.

Der Verf. gibt zu, dafs es unbesonnen sein würde, aus einem einzigen Falle allgemeine Schlufsfolgerungen zu ziehen, indessen leugnet er nicht, dafs ihm die Behandlung der Syphilis mit Jodkalium ein gewisses Mifstrauen einflöfse. Für ihn hat das Jodkalium, welches auflösend und erweichend auf eine Zahl nicht spezifischer Krankheiten wirkt, einen gewissen Einfluſs auf die tertiären Syphilisprodukte, wäre es auch nur, um die entzündlichen Exsudate, welche die spezifischen Produkte in ihrer Umgebung hervorbringen, zu zerteilen und zu absorbieren. Vielleicht durch Reizung, die sie im benachbarten Gewebe erzeugen. So versteht man die kräftige und schnelle Wirkung der gemischten Behandlung bei sekundär-tertiären und reintertiären Veränderungen, die in Wirklichkeit weiter nichts sind als spezifische Alterationen, vielleicht etwas modifiziert oder kompliziert. Der Verf. legt ganz besonderes Gewicht auf die merkurielle Behandlung und führt zum Schluſs 2 Beobachtungen als Beweise seiner Gesichtspunkte an. *Dubois-Havenith-Brüssel.*

Autoinfectio syphilitica — Postinitiale Infektion betitelt Karl Ullmann die Beschreibung eines aus Prof. Langs (Wien) Abteilung beobachteten Falles, wo ein 27jähriger Schuster 2 Wochen nach seinem Austritt aus dem Spital, wo er 0,80 Ol. cin. erhalten hatte, nahe am Vorhautsaume, jetzt der anderen Seite, wieder eine

Digitized by Google

Sklerose darbot. Patient hatte ein phimotisches Praepatium, worauf U. mit Recht grofsen Wert legt. — Am Schlufs nimmt Verf. Veranlassung, sich für die „häufiger zu übende abortive Sklerosenbehandlung durch Exzision mit nachfolgender Kauterisation der Wunde mit Ferrum caudens“ auszusprechen, wozu die jüngsten positiven Resultate Andronicos, Manasseis und Krowczynskis ermunterten, um klarzustellen, ob und inwieweit bei schon verallgemeinerter Lues die Erkrankung durch die Exzision des Primäraffektes gemildert wird. *Pauly-Nervi.*

Über die Beziehungen der Tabes und der progressiven Paralyse zur Syphilis, von Prof. Dr. A. Strümpell in Erlangen. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 41.) Verf. ist der Ansicht, dafs man auch für die Syphilis den prinzipiellen Unterschied der unmittelbaren Bakterienwirkung und der sekundären, auf chemischen Giftwirkungen beruhenden Degenerationsvorgänge machen müsse. Erstere besteht in der spezifischen Gummabildung, zu letzterer rechnen wir die postsyphilitischen Nervenerkrankungen, deren häufigste, obwohl wahrscheinlich keineswegs einzige klinische Formen die Tabes und die Paralyse sind. So wahren wir die Thatsache des ätiologischen Zusammenhangs dieser beiden Krankheiten mit der ursprünglichen Syphilis, ohne uns über die Wirkungslosigkeit der antiluetischen Behandlungsmethoden wundern zu müssen. *L. Hoffmann-Berlin.*

Einige Worte über Behandlung der Syphilis mit subkutaner Kalomelinjektion, von Dr. Tacke in Wesel. (*Deutsche med. Wochenschr.* No. 41.) Verf. empfiehlt zu einer Schüttelmixtur von Kalomel 1,0 und Aq. destill. 10,0 soviel Cocain. mur. und Morph. mur. hinzuzusetzen, als es der Individualität des Patienten entspricht. Er verschreibt:

℞	*Calomel. vap. par.*	1,0
	Cocain. mur.	0,25
	Morph. mur.	0,06
	Aq. destill.	10,0

und spritzt davon 1 Spritze voll in der Axillarlinie der linken Brustseite subkutan ein. Er wählt die Axillarlinie, weil sich keine Spalträume dort finden und bei etwa eintretender Entzündung von seiten der Rippen ein Gegendruck geleistet wird. Bei 4 Patienten mit 20 Injektionen hat er nie eine Entzündung, geschweige eine Abscefsbildung beobachtet. 4 Injektionen reichten zur Heilung der Syphilis aus.
L. Hoffmann-Berlin.

Zahlreiche verhärtete Gummata am Isthmus faucium, von A. Royer (*Annales de Derm. et de Syphil.* 1889. Heft 8—9.) Bei einer seit 10 Jahren syphilitischen Frau entdeckte Royer zufällig eine Reihe hanfkorngrofser, roter Knötchen, die ziemlich dicht nebeneinander standen und das Zäpfchen, den unteren Teil des Gaumensegels, die Gaumenbögen und die Mandeln einnahmen; sie fühlten sich hart an und erinnerten in ihrem Aussehen an Lupus. Dieser konnte im vorliegenden Falle aber ausgeschlossen werden, vielmehr handelte es sich um zahlreiche kleine Gummata, die sich ausnahmsweise wohl dauernd organisiert hatten. Sie bestanden, als R. sie zu Gesicht bekam, schon mindestens 2 Jahre und blieben bei einer eingeleiteten spezifischen Behandlung unverändert. Zum Schlufs berichtet R. noch über einen ähnlichen Fall, den Dr. Roth am 18. Januar 1889 der k. k. Gesellschaft der Wiener Ärzte vorgestellt hat. *Türkheim-Hamburg.*

Über einen Fall von Keratitis interstitialis bei einer Frau mit Lues acquisita, von A. Trousseau. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889. No. 2.) Da das

Digitized by Google

Vorkommen von Keratitis bei erworbener Syphilis noch von vielen Seiten bestritten wird, so veröffentlicht T. diesen Fall, bei dem Lues hereditaria, sowie jede andere Ursache der Keratitis mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, bei dem gleichzeitig mit der Hornhautentzündung auch andere, deutliche Symptome einer frischen Syphilis bestanden, und bei dem schliefslich sämtliche pathologischen Erscheinungen der spezifischen Behandlung wichen. Nach T. dauert die Keratitis der Lues aquisita nicht so lange und ist der Behandlung zugänglicher als die nämliche Form bei der ererbten Syphilis. *Türkheim-Hamburg.*

Vier Fälle von Hydrarthrose im sekundären Stadium der Syphilis, von A. Gouget. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889. No. 3.) Es handelte sich in allen 4 Fällen um eine sogenannte „Hydrarthrosis secundaria", einen Erguſs in die Kniegelenke, der aber nur ganz geringe Beschwerden verursachte. Der Erguſs trat im zweiten Stadium der Syphilis auf und war durch dieselbe bedingt, denn jede andere Ursache konnte ausgeschlossen werden, und er besserte sich unter geeigneter Behandlung. Da das Leiden von den Kranken selbst häufig übersehen wird, so rät G., um unangenehmen Folgen, wie Gelenksteifigkeit etc. vorzubeugen, jeden Syphilitiker im zweiten Stadium bei den geringsten Beschwerden nach jener Richtung zu untersuchen. *Türkheim-Hamburg.*

Veränderungen in der Hautfärbung bei einem Syphilitischen im sekundären Stadium, von Chauveau. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889. No. 1.) Bei einem syphilitischen Soldaten, der seine Krankheit in Annam acquiriert hatte, stellte sich im Laufe der Syphilis eine bronzene Färbung der Haut ein, die lebhaft an die Addisonsche Krankheit erinnerte; besonders auf Hand- und Fingerrücken war die Haut fast schwarz, während die Palmae manuum sich normal erwiesen. Zerstörung der Epidermis (durch Pinseln mit Jodtinktur) blieb erfolglos, denn die neu sich bildende Haut war ebenfalls braun. *Türkheim-Hamburg.*

Syphilitische Pseudo-Paralyse (Parrotsche Krankheit), von A. Delansorne. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889. No. 1.) Das gesund geborene Kind einer syphilitischen Frau, deren 3 erste Kinder syphilitisch zu Grunde gegangen waren, erkrankt 19 Tage nach seiner Geburt ebenfalls an Lues, und zwar mit Plaques an den Hand- und Fufsflächen, Syphiliden auf dem Gesäfs etc. Gleichzeitig schwollen sämtliche 4 Extremitäten an, wurden schmerzhaft und machtlos, das Kind bewegte sie nicht mehr; hebt man die Arme auf, so fallen sie wie leblos zurück. Knochenauftreibung in den Ellbogengelenken. Durch gemischte Behandlung mit Jodkalium und Schmierkur besserte sich dieser Zustand innerhalb 3 Wochen. *Türkheim-Hamburg.*

Über eine Erkrankung des Ohrknorpels im sekundären Stadium der Syphilis, von Dr. Louis Jullien. (*Annales de Derm. et de Syph.* 1889. No. 2.) Verf. berichtet über einen Patienten, bei dem sich im Verlauf einer recht schweren Syphilis, etwa 4 Monate nach dem Auftreten des Schankers, eine eigentümliche, schmerzlose Anschwellung der linken Ohrmuschel zeigte. Die Geschwulst sitzt genau in der vom Helix und Anthelix gebildeten Höhle, fühlt sich weich, fast fluktuierend an, schmerzt nicht, die Haut darüber ist etwas gerötet. An der Hinterfläche des Ohres ist nichts Abnormes wahrnehmbar. Bei geeigneter Behandlung geht diese Schwellung nach etwa 4 Monaten wieder zurück; eine leichte Difformität der Ohrmuschel blieb aber bestehen, bedingt durch eine knorpelige Vernarbung, die mit der Haut darüber verwachsen blieb. Bei durchfallendem Licht erschien diese Stelle vollkommen opak.

Digitized by Google

Verf. teilt dem überaus zarten Lymphgefäfsnetz der Ohrmuschel eine wesentliche Bedeutung beim Zustandekommen der geschilderten Geschwulst zu und möchte letztere deshalb als Lympho-Chondro-Perichondroma, oder als Syphiloma lympho-chondriacum bezeichnen. Des weiteren ist er der Ansicht, dafs derartige Knorpelerkrankungen im Verlaufe der Syphilis gar so selten nicht seien und bisher wohl immer unbeachtet geblieben wären. *Türkheim-Hamburg.*

Progressive Ernährungsstörungen.

Beitrag zur Histologie des Xanthoms, von Gallemaerts und Bayet. (*Mémoires de la Société belge de Microscopie.* 1889.)

Zuerst beschreiben die Verff. die allbekannten Vakuolen des Epithels der Stachelschicht im Xanthoma planum, welche wir ja genügend häufig an den verschiedensten Präparaten normaler und anormaler Haut finden, als etwas, welches die Farbennüancen der Flecke mit verursacht.

Vom Corium erfahren wir folgende neue Befunde:

Die Xanthomzellen entstehen durch Anschwellen und Körnigwerden der fixen Bindegewebszellen, hauptsächlich um die Gefäfse. Diese Zellen versintern endlich zu den grofsen ein- oder mehrkernigen Xanthomzellen. Die letzteren enthalten kein Fett, sondern nur Pigment. Osmiumsäure schwärzt die in ihnen enthaltenen Körnchen nicht. Leider erfahren wir nicht genau, wie die Autoren bei ihren mikrochemischen Reaktionen verfahren sind. Aus der am Anfang des histologischen Teiles der Arbeit gemachten Äufserung von der Einbettung des exzidierten Xanthoms in Celloidin und einer entsprechenden Bemerkung pag. 63, und endlich mit Rücksicht auf das erhaltene Resultat ist Ref. geneigt anzunehmen, dafs G. und B. ihre mikrochemischen Reaktionen erst nach Behandlung des Stückes mit Alkohol, Alkohol-Äther-Gemisch und Celloidin an den angefertigten Schnitten machten. Das überraschende Ergebnis vom Nichtvorhandensein des Fettes erklärt sich dann in sehr einfacher Weise.

Das weitere Argument der Autoren, dafs die Zellen nicht aussehen wie fettig degenerierte Zellen, hat nach den über diesen Gegenstand erschienenen Arbeiten (hauptsächlich derjenigen Toutons) gar keine Bedeutung, da wir ja diesen Prozefs nicht als fettige Degeneration auffassen. Ebenso wenig kann es uns wundern, — falls nämlich die obige Hypothese des Ref. von der nicht zweckentsprechenden Behandlung der Präparate richtig ist — wenn G. und B. statt der Fetttröpfchen nur Pigmentkörner finden, umso weniger als Fett und Pigmentkörnchen sogar in ein und derselben Xanthomzelle enthalten sein können.

Trotzdem der Ansicht G. und B.s nach hier weder eine Proliferation von Zellen noch eine Neubildung von Bindegewebe, sondern nur eine nutritive Veränderung der fixen Zellen, der Endothelien der Saftspalten vorhanden ist, erklären sie das Xanthoma doch für eine bindegewebige Geschwulst.

G. und B. schliefsen, indem sie erklären bestrebt gewesen zu sein, „gewisse landläufige irrige Meinungen zu rektifizieren und das Verständnis des pathologischen Prozesses zu vereinfachen.“ Habeant sibi. *Török-Hamburg.*

Digitized by Google

Das polypöse Sarkom der Vagina im Kindesalter ist der Titel einer wertvollen klinisch-anatomischen Studie A. Kotiskos (Wien), die aufser eingehender Berücksichtigung der Litteratur zwei neue Beobachtungen aus Weinlechners Abteilung, sowie eine aus dem pathologisch-anatomischen Museum zu Wien bringt. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1889. No. 6.) Die durch mehrere schöne Abbildungen erläuterte Arbeit mufs im übrigen im Original nachgesehen werden. *Pauly-Nervi.*

Über dicht gedrängt stehende Warzen (verrues confluentes) auf beiden Schenkeln, von Dr. Gémy. (*Annales de Dermat. et de Syph.* 1889.) Die beiden Unterschenkel eines marokkanischen Erdarbeiters fanden sich bis zur Mitte hinauf buchstäblich besät mit linsen- bis 1 frankstückgrofsen Warzen, die ½—5 mm hoch waren und sich im übrigen in nichts von gewöhnlichen Warzen unterschieden. Teilweise standen sie so dicht, dafs die gesunde Haut kaum hindurchschien. Auf den ersten Blick hatte man den Eindruck, als ob sie vollkommen regellos durcheinander gewürfelt seien, sah man aber genauer hin, so entdeckte man eine bestimmte Anordnung: es war nämlich immer eine besonders grofse Warze kometenartig von einem Schweif immer kleiner werdender Warzen gefolgt, so dafs etwa je 5—15 Warzen hintereinander standen. Da nun aber ein jeder Schweif in einer andern Richtung verlief, so machte das Ganze einen durchaus regellosen Eindruck. — Nach Anwendung von Salicylpflaster verschwanden die Warzen innerhalb 2 Monaten gänzlich. —

Nach Gémy ist dieser Fall in mehrfacher Hinsicht bemerkenswert: einmal durch den Sitz der Warzen, die meistens an den Händen, im Gesicht, am Rumpf vorkommen; ferner dadurch, dafs diese Warzen sich als autoinokulabel erwiesen, denn diesen Schlufs darf man wohl aus ihrer kometenschweifartigen Anordnung ziehen; und endlich dadurch, dafs die gebräuchlichen Mittel hier in Stich liefsen. — Zu einer bakteriologischen Untersuchung fehlte es an den nötigen Instrumenten.

Türkheim-Hamburg.

Pathologie und Therapie des Urogenital-Systems.

Periurethritis dissecans, von W. Matlakowski. (*Gazeta Lekarska.* 1889. No. 28.) Ein 48jähriger Mann bekam eine Gonorrhöe mit geringem Brennen und reichem eiterigen Ausflufs. Kurz nachher, bei Behandlung mit milden Adstringenzien, schwoll das Glied bedeutend an, es entstand Lymphangitis dorsi penis, konstante Erektion, kein Fieber. Nach 5wöchentlicher Dauer des Trippers folgender Status: Pars pendula sehr vergröfsert, unregelmäfsig verdickt, erigiert; die Verdickung reicht von der Eichelkrone bis zum Hodensack, Bulbus und Perineum unverändert. Starker eiteriger Ausflufs aus der Urethra. Zwischen Urethra und der Unterfläche des Gliedes ein grofser fluktuierender Raum, welcher mit der Urethra nicht kommuniziert. Ein 8 cm langer Schnitt wurde an der Unterfläche des Penis ausgeführt; Urethra erwies sich als vollständig von der Haut und den Corpora cavernosa penis getrennt, dissexiert. Die Wunde heilte in gewöhnlicher Weise. *Funk-Warschau.*

Digitized by Google

Zur Injektionsbehandlung der akuten Gonorrhöe, von Dr. L. Friedheim. (*Archiv. f. Dermat. und Syph.* 1889. Heft 4.) Verf. suchte den Wert einer Reihe der verschiedenen in der Gonokokkentherapie verwandten Injektionsmittel festzustellen, indem er bei der Beurteilung derselben von folgenden Gesichtspunkten ausging, ob sie

1. gonokokkentötend,
2. die Entzündung beeinflussend,
3. desquamativ

wirkten.

Aus der grofsen Versuchsreihe geht als das souveränste aller Mittel, welches alle Bedingungen erfüllt, das Argent. nitric. hervor, welches in Dosen zu 1 : 4000, höchst 1 : 2000 benutzt wurde; bei sehr empfindlichen Patienten wurde auf 0,1 : 500,0 heruntergegangen, mit voraus- oder nachfolgender warmer Injektion von Borsäure (4%) oder Antipyrin (3—6%).

Nach dem Argent. nitric. erfüllen die obengenannten Gesichtspunkte am meisten Hydrarg. salicylic. (Hg salicyl. 1,0, Natr. chlorat. 1,7, Aq. destill. 270,0), Natr. chloroboros. in 7% unfiltrierten Suspensionen und Thallin. sulf. und tartaric. 5 und 7%. Den übrigen in die Versuchsreihe aufgenommenen Mitteln geht entweder die antibakteriell wirkende Eigenschaft ab, oder sie verursachen eine zu starke Reizung der Schleimhaut. Da nach des Verfs. Versuchen nach Argentum-Injektionen die Zahl der Gonokokken im Sekrete schnell abnimmt, und dieselben schon nach einigen Tagen ganz verschwinden können, so werden die Injektionen, sobald dies eingetreten ist, erst auf zwei, dann auf eine pro die herabgesetzt und für die ausgefallenen Argentum-Injektionen antiphlogistisch, adstringierend und desquamativ wirkende Mittel, wie Borsäure (4%), Zinkpräparate und schwache Lösungen von essigsaurer Thonerde (5—20%) herangezogen. Nur, wo Injektionen absolut nicht vertragen werden, sollen innerliche Mittel benutzt werden; jedoch bei keiner Therapie darf die mikroskopische Kontrolle aufser acht gelassen werden. *Gründler-Dresden.*

Zur Endoskopie — ein leichtes Verfahren ohne kostspieligen Apparat, von Dr. Linhart, k. k. Marinestabsarzt. (*Arch. f. Dermat. und Syph.* 1889. Heft 4.) Verf., welcher bei 15—20 endoskopischen Untersuchungen als Endoskop ein gerades, unten offenes Grünfeldtsches Instrument, als Beleuchtung und Sehapparat den Bonnafontschen Ohrenspiegel, und als Lichtquelle die Hinkssche Beobachtungslampe für Polarisationsapparate benutzte, empfiehlt als Endoskop einfach den Ohrtrichter des Bonnafontschen Instrumentes mit Flansch und verlängertem Rohr zu versehen, als Beleuchtungs- und Sehapparat das übrigbleibende Stück des Bonnafontschen Ohrenspiegels und als Lichtquelle die schon erwähnte Hinkssche Lampe.

(Ref. kann in diesem Verfahren keinen Fortschritt gegenüber dem Grünfeldtschen erblicken, ist vielmehr der Ansicht, dafs das Endospieren mit Kehlkopfreflektor und guter Lichtquelle schneller zum Ziele führt und auch nicht kostspieliger ist.)

Gründler-Dresden.

Digitized by Google

Aus der Praxis.

No. 14. Sie würden mir und einigen meiner Kollegen einen Gefallen erzeigen, wenn Sie in den *Monatsheften* kurz die Hauptindikationen für den **Gebrauch des Ichthyols bei inneren Krankheiten** angeben würden, wie sich dieselben Ihnen im Laufe der Jahre gestaltet haben. *Professor G. in L.*

Antwort der Redaktion. Meine Erfahrung über den Gebrauch des Ichthyols bei inneren Krankheiten ist trotz der 7 Jahre, in welchen ich das Mittel unausgesetzt und in grofsem Mafsstabe verwende, eine lückenhafte und einseitige, da ich seit 5 Jahren nur solche innere Krankheiten und Konstitutions-Anomalien mittels Ichthyols zu behandeln Gelegenheit hatte, welche mit Hautkrankheiten kombiniert auftraten; immerhin werden Sie sehen, dafs auch so schon die von mir seit mehreren Jahren festgehaltenen Indikationen recht zahlreiche sind. In dem engen Rahmen, wie er der Beantwortung der Fragen an diesem Platze gesteckt ist, mufs ich mich auf das Wesentlichste beschränken und thue es um so lieber, als für die internen Mediziner diese Erörterung ja doch nur Andeutungen bilden können für eine selbständige, weitergehende Verwertung.

Um dieselbe übersichtlicher zu machen, trenne ich die in Betracht kommenden Krankheitsformen in 2 grofse Gruppen, in die Krankheiten einzelner Organe oder Systeme, und in Gesamtleiden. — In der ersten Gruppe nimmt unstreitig den hervorragendsten Platz das periphere Blutgefäfssystem ein. In unzähligen Fällen von Seborrhöe des Kopfes und seborrhoischem Ekzem des Gesichtes beim weiblichen Geschlechte finden wir einige der folgenden Symptome, welche sämtlich in letzter Instanz auf eine anomale, periphere Blutverteilung hinauslaufen: einen wachsbleichen und wachsgelben Teint, Lippen und Konjunktiven abnorm blafs, die Mittelpartie des Gesichtes mit öliger Seborrhöe behaftet, halbseitiges Kopfweh, besonders in der Schläfengegend, mehr oder weniger typisch recidivierend, Rücken- und Kreuzweh, permanent oder an die Menstruationsperiode gebunden, die Menstruation selbst in den meisten Fällen abnorm gering bis zu vollständiger Amenorrhöe, habituelle Verstopfung, Appetitlosigkeit und abnorme Sensationen während der Verdauung, Herzklopfen, besonders bei schnellem Gehen und Treppensteigen, allgemeine Müdigkeit im Muskelsystem und ein übermäfsig tiefer Schlaf mit nachfolgender Müdigkeit und Eingenommenheit des Kopfes am Morgen. Natürlich sind in den einzelnen Fällen nur einzelne dieser Beschwerden vorhanden, sehr selten findet sich das ganze Ensemble. Unter diesen Umständen ist die Monate und Jahre lang fortgeführte innere Ichthyolbehandlung ein ganz ausgezeichnetes Mittel, welches nicht nur dazu dient, den Hautboden für die seborrhoischen Ekzeme ungünstiger zu gestalten, sondern die Patienten im wahren Wortsinne zu anderen Menschen zu machen. Ich habe es oft genug erlebt, dafs derartige Patientinnen aus eigenem Antriebe die Tropfen, „die ihnen so gut bekommen", auch noch jahrelang nach Heilung ihrer Dermatose genommen haben. Einen anderen Typus allgemeiner peripherer Zirkulationsstörung bieten zur Rosacea disponierende ältere Herren, welche bei sitzender Lebensweise einen üppigen Tisch zu führen pflegen und Freunde der Alcoholica sind. Besonders disponiert zur Gesichtsröte sind Individuen von kurzem, gedrungenem Bau und Anlage zur Fettleibigkeit, wozu sich durch die genannten hygieinischen Sünden

Digitized by Google

Leberanschwellung, chronische Hyperämien und Katarrhe des Rachens, chronische Bronchialkatarrhe mit Bronchialerweiterung und konsekutivem Emphysem hinzugesellen. Auch hier wird Ichthyol mit Erfolg gegen die Rosacea gegeben und entwickelt einen erfreulichen Erfolg auf die übrigen peripheren Hyperämien und Katarrhe.

In zweiter Linie kommen eine grofse Reihe von Krankheiten des Verdauungstraktus in Betracht. Sehr häufig habe ich die Beobachtung gemacht, und dieselbe ist von fast allen Autoren, die über Ichthyol geschrieben haben, bestätigt worden, dafs unter dem inneren Ichthyolgebrauch sehr alte Magen- und Darm-Katarrhe, welche mit Appetitlosigkeit, permanent belegter Zunge, unregelmäfsiger Stuhlentleerung, tympanitischer Auftreibung verschiedener Darmabschnitte, Abmagerung und deprimierter Gemütsstimmung einhergingen und vielen der gewöhnlichen medikamentösen Eingriffe widerstanden haben, vollständig zur Ausheilung gekommen sind. So oft diese Erfahrung gelegentlich der Behandlung anderer Leiden mittels Ichthyols gemacht wurde, so wenig scheinen sich die Kliniker der Magen- und Darmkrankheiten bisher dieser Thatsache angenommen zu haben. Dieses wäre aber sehr zu wünschen, da dann erst genauere Indikationen für die Anwendung des Ichthyols hierfür gegeben werden können, in analoger Weise, wie ich sie vor 5 Jahren für die Hautkrankheiten aufgestellt habe. Hervorheben will ich nur, 1. dafs der günstige Einfluſs auf das Allgemeinbefinden bei dieser Therapie in den betreffenden Fällen sehr bald bemerklich wurde, früher als man die zu Grunde liegenden Katarrhe und Zirkulationsanomalien des Verdauungstraktus für geheilt halten konnte, und 2. dafs mir auch mehrfach ein günstiger Einfluſs auf Cholelithiasis bekannt geworden ist, welcher sogar soweit ging, dafs die bis dahin jedes Jahr notwendige Reise nach Karlsbad überflüssig wurde.

In dritter Reihe unter den Organkrankheiten sind die des Respirationssystems zu erwähnen. Ich sehe hier natürlich von der äufseren Anwendung des Ichthyols auf die Nasen- und Kehlkopfschleimhaut, auch mittels Inhalationen, ab und möchte nur die inneren Kliniker darauf hinweisen, dafs das echte Bronchialasthma mir in mehreren Fällen ein dankbares Objekt der inneren Ichthyolbehandlung geworden ist. Besonders bei 3 Patienten, welche bis dahin nur mittels Jodkalium in grofsen Dosen ihre asthmatischen Anfälle in Schach gehalten hatten, erzeugte der innere Ichthyolgebrauch eine wesentliche Abnahme des Leidens, sowohl was die Stärke als die Häufigkeit der Anfälle betrifft. Die permanente Bronchiolitis nahm bedeutend ab, ebenso wie die cyanotische Gesichtsfärbung, und damit hob sich das Allgemeinbefinden, der Appetit und die Resistenz gegen Witterungseinflüsse. In einem Falle erfolgte nach 4jährigem Gebrauch vollständige Heilung. Hier kommt besonders in Betracht, dafs der Ichthyolgebrauch Jahr aus Jahr ein fortgesetzt werden kann, was sich vom Jodkalium nicht behaupten läfst; in schwereren Fällen wird man gut thun, den permanenten Ichthyolgebrauch mit dem des Jodkaliums während der Anfälle selbst zu kombinieren; beide Mittel vertragen sich. Weniger wichtig, weil durch andere Mittel leicht ersetzbar, aber doch immerhin in anerkennenswerter Weise, scheint das Ichthyol bei Bronchialkatarrhen der alten Leute zu sein, besonders wenn dieselben mit asthmaähnlichen Anfällen von Atmungsbehinderung einhergehen. Diese Fälle sind bei universellen chronischen Ekzemen älterer Leute nicht ganz selten, und die Abnahme des Katarrhs, des Auswurfs und der Atemnot bei denselben ist daher in meiner Klinik ein mehrfach konstatiertes Faktum.

In vierter Reihe kommen erst nach meiner Erfahrung die Krankheiten des uropoetischen Systems, doch möchte ich auf die günstigen Erfahrungen von Zülzer hinweisen; hoffentlich beschenkt uns dieser Autor aus seinem reichen Be-

Digitized by Google

obachtungsmaterial mit einer präziseren Indikationsstellung, als ich sie zu geben imstande bin. Mein Material an Blasenkatarrhen rekrutiert sich fast lediglich aus Cystitiden, die sich an Gonorrhöe anschliefsen, und bei diesen habe ich bisher keinen Einfluſs vom inneren Ichthyolgebrauch gesehen. Dagegen möchte ich einen Fall aus meiner früheren Praxis nicht unerwähnt lassen. Derselbe betraf einen älteren Herrn, welcher an Nierengries, Schmerzen in der Nierengegend und Verdauungsbeschwerden litt, abgemagert und Hypochonder war. Ich gab ihm Ichthyol im Jahre 1881 innerlich für seine Dyspepsie, welches ihm nicht nur in dieser Beziehung gut bekam, sondern auch, wie er glaubte, seine Harnbeschwerden minderte. Er notierte jeden Tag abschätzungsweise den Absatz von Uraten im Urin. Ich sah den Herrn vor einiger Zeit wieder. Er sah viel frischer und wohler als vor 8 Jahren aus und erzählte mir, daſs er auf eigenen Antrieb das Mittel, welches ihm so gut bekommen wäre, ununterbrochen 4 Jahre genommen hätte; nicht nur seine Nieren- und Magenbeschwerden seien vollkommen verschwunden, sondern er sei — et figura docuit — ein gesünderer, kräftigerer Mensch geworden. Ein so langer Fortgebrauch des Ichthyols ist durchaus kein allein dastehendes Faktum. Es sind mir viele Fälle bekannt, in denen das Mittel noch länger mit Erfolg genommen wurde, und ich kann versichern, daſs diese Patienten, bei denen es gelang, durch Ichthyol chronische Leiden zu bessern oder zu heben, zu den dankbarsten gehören, welche überhaupt existieren.

Unter den Gesamtleiden muſs in erster Linie der Gelenkrheumatismus und das übrige Heer der rheumatischen Affektionen, vom einfachen Muskelrheumatismus bis zur Arthritis deformans genannt werden. Die gute Wirkung, was die Linderung der Schmerzen und beim akuten Gelenkrheumatismus den Abfall des Fiebers betrifft, sowohl wie die auſserordentlich günstige Beeinflussung des Gesamtleidens sind von so viel zuverlässigen Beobachtern auf meine im Jahre 1883 erschienenen Mitteilungen hin[1] geprüft und bestätigt worden, daſs hier jede nähere Ausführung überflüssig ist.

In zweiter Linie nenne ich den akuten und chronischen Alkoholismus, über dessen Behandlung mit Ichthyol bisher wenig verlautet ist. Aufmerksam gemacht durch die günstigen Wirkungen, welche eine einmalige gröſsere Ichthyoldosis (2,0—3,0) gegen die zirkulatorischen Störungen des akuten Alkoholismus entfaltet, besonders wenn dieses Quantum unmittelbar nach dem übermäſsigen Gebrauche der Alcoholica verabreicht wird, habe ich die andauernde Ichthyolisierung bei solchen Patienten in meiner Klinik mehrfach vorgenommen, welche neben ihren Hautleiden dem Abusus spirituosorum fröhnten. Nicht nur daſs die Trägheit der peripheren Zirkulation (rotes gedunsenes Gesicht, kühle Extremitäten), das beständige Zittern der Hände und der Zunge beim Herausstrecken in einigen Wochen vollständig schwindet, der Appetit nach festen Speisen sich hebt und nach Getränken sich mindert, die Patienten äuſsern sogar, je besser sie werden, einen um so gröſseren Widerwillen gegen Alcoholica, so lange sie auf diese Weise behandelt werden. Man hat es also in der Hand, vermöge dieses Mittels die Patienten vollständig zu entwöhnen. Diese Mitteilung dürfte besonders für die Direktoren von Anstalten für Geisteskranke und Trinker nicht ohne Interesse sein.

Der Diabetes und die echte Chlorose gehören zu denjenigen Allgemeinleiden, bei denen Versuche in gröſserem Maſsstabe mit der inneren Ichthyolisierung

---

[1] Das Ichthyol bei inneren Krankheiten. *Deutsche med. Zeitung.* 1883. pag. 217.

Digitized by Google

gerechtfertigt sind. Mir liegen von anderen Kollegen und aus meiner eigenen Praxis einige aufmunternde Fälle vor. Allerdings mag der über jeden Zweifel erhabene günstige Einfluſs auf die begleitenden Störungen der Digestion bei der Besserung der Leiden in Betracht zu ziehen sein, besonders beim Diabetes. Aber die Frage ist jedenfalls einer ernsteren Prüfung innerer Kliniker wert, ob es sich hier nicht doch um eine kausale Therapie handelt. — Eine weit gröſsere Erfahrung, als über diese Allgemeinstörungen liegt mir vor über die Einwirkung des Ichthyols auf Kachexien im allgemeinen. So muſs ich die Thatsache wohl auffassen, daſs in vielen Fällen hoffnungsloser Tuberkulose, Karzinose, Leprose, ja bei herabgekommenen Tertiärsyphilitischen das Ichthyol das Allgemeinbefinden zu heben imstande ist. Die Zunahme des Appetits, der Muskelskraft, das bessere Aussehen durch Kräftigung der peripheren Zirkulation wird in solchen Fällen den Patienten selbst sehr bald merklich, und sie verlangen nach dem Mittel in der stillen Hoffnung, daſs es sich auch gegen ihr Grundleiden als ein Heilmittel bewähren möge.

Liegt auch in diesen Fällen nur eine symptomatische Beeinflussung der Zirkulation oder etwa nur eine durch Förderung des Appetits herbeigeführte Hebung des Allgemeinbefindens vor, oder handelt es sich um eine direkte Aufhebung des schädlichen Einflusses der Ptomaine auf die Gewebe des Körpers?

Ich glaube, daſs sich diese Frage heute noch nicht entscheiden läſst, daſs aber physiologische Versuche an Tieren und therapeutische am Krankenbett dieselbe bald der Entscheidung näher führen dürften. Jedenfalls gehört jetzt schon das Ichthyol zu den wertvollsten Unterstützungsmitteln bei Behandlung chronisch-infektiöser, zur Kachexie führender Krankheiten.

Im Hinblick auf die vielerlei günstigen Wirkungen, welche dieses Schwefelmittel auszeichnen, sollte eigentlich jeder Arzt sich mit dessen Haupteigenschaften bekannt machen. Die Liebe zu demselben wächst mit dem Verständnis seiner Anwendung, und so natürlich es ist, daſs derjenige, welcher nach einigen fehlgeschlagenen Versuchen die fernere Verschreibung aufgibt, nie die Anwendungsweise dieses Medikaments erlernen wird, so sicher fühlt sich der Arzt in seiner Handhabung, welcher sich einmal die Mühe genommen hat, Indikationen und Dosierung eingehend zu studieren. *Unna.*

Verschiedenes.

Tabes dorsalis und ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen, von Dr. G. Mayer. (S.-A. aus dem Sammelwerk: *Aachen als Kurort.* 24 S.) Verf., ein entschiedener Anhänger der Lehre von dem direkten Zusammenhang zwischen Lues und Tabes dorsalis, gibt eine Übersicht seiner Erfahrungen über den Wert einer antisyphilitischen Behandlung überhaupt und speziell der Aachener Kur bei der Tabes dorsalis. Nach einem kurzen Exposé der einschlägigen Litteratur, wobei namentlich auf die Beobachtungen von Jendrassik über das Vorkommen von Hirnrindenaffektionen bei Tabes, sowie auf die Arbeiten von Adamkiewicz, Rumpf, Oppenheim und die gegnerischen Lehren von Leyden und Naunyn eingegangen wird, berichtet Verf., seit 1879 bis Ende 1887 (also in 9 Jahren) 73 Fälle unzweifelhafter Tabes in seiner Badepraxis beobachtet zu haben. Von dieser gaben nur 2 nicht eine voraufgegangene Infektion zu. Dazu kommen noch 18 Fälle aus der städtischen und konsultativen Praxis, von denen nur einer jegliche Infektion leugnete. Tabetische Frauen hat er

Digitized by Google

überhaupt nur 4 gesehen, ein Umstand, der wie auch manche andre, darauf hinweist, dafs neben der Infektion auch unbedingt andre Schädlichkeiten zum Entstehen des Leidens beitragen. Die Resultate, die Verf. bei seinen 71 Fällen mit zugegebener Infektion erzielte, sind folgende: Erfolg unbekannt 14, nicht gebessert 22, gebessert 11, sehr gebessert 19, nahezu geheilt 4, nachträglich sehr gebessert 1 Fall. Sehr wesentlich scheint es, eine Wiederholung der Behandlung vorzunehmen, indem bei einer einmaligen Kur die Resultate weit weniger günstig waren, als bei mehrmaliger. Doch läfst diese Beobachtung sich freilich auch anders deuten, obgleich auch Rumpf ähnliches berichtet. Bei den (14) Patienten mit manifesten syphilitischen Symptomen war der Erfolg fast immer ein sehr günstiger; desgleichen sind syphilitische Hirnaffektionen mit Ausnahme der Dementia paralytica auch keine infauste Erscheinung. Komplikationen von seiten der Augen scheinen ebenfalls keinen wesentlichen Einfluſs auf die Prognose zu haben.

Die Behandlung besteht in 6—12wöchentlicher Schmierkur. Dazu kommen die 26—28 ° R. warmen einfachen Schwefelbäder und eine Tagesdosis von höchstens 750,0 Thermalwasser. Als wichtigstes Hilfsmittel ist der galvanische oder auch der faradische Strom (Rumpf) zu nennen. Jodkalium (oder Jodnatrium) ist ebenfalls entbehrlich. Nachträglich 3 Monate lang Arg. nitr. in Pillen zu 0,06 pro die. Als wichtigster Ersatz resp. Ergänzung der Aachener Kur dient die Badebehandlung in Oeynhausen und in Nauheim. *Philippi-Felsberg.*

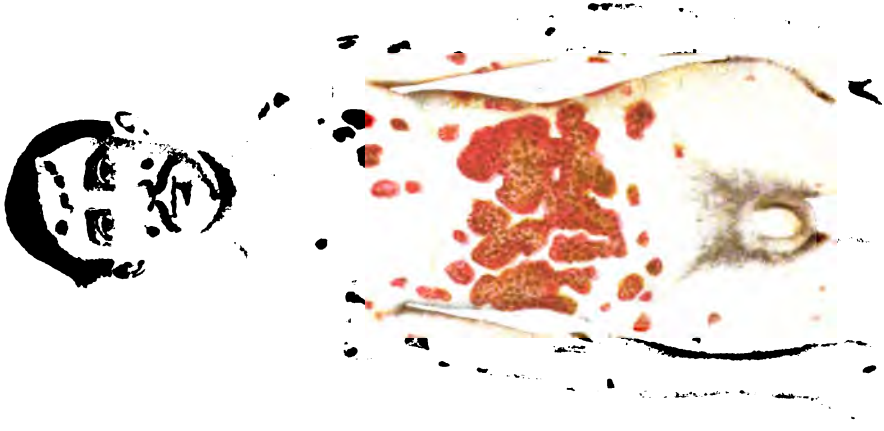
Die wichtigsten Vorkommnisse des Jahres 1888 auf dem Gebiete der Bakteriologie, von Dr. C. Günther. (*Deutsche Med. Wochenschr.* 1889.) Verf. gibt, wie bereits in den letzten zwei Jahren, eine wohlgeordnete Übersicht der wichtigeren bakteriologischen Beobachtungen des vergangenen Jahres. Der gesamte Stoff ist in zwei Hauptteile geschieden und umfafst erstens die pathogenen Mikroorganismen, Mikrokokken, Bacillen, Spirillen, Aktinomyceten, Hyphomyceten, Protozoën nebst Mitteilungen über Hundswut. In der zweiten Hälfte der Zusammenstellung sind unter der Überschrift: „Allgemein-Bakteriologisches und saprophytische Mikroorganismen" die Schicksale der in den Tierkörper eingeführten Mikroorganismen, Desinfektion und Antiseptik, Gärung und Fäulnis, Ptomaine, allgemein Biologisches, Bakterien in Luft und Wasser, neue Saprophyten, Methoden, Lehrbücher etc. auszugsweise geschildert. Von den ins dermatologische Fach einschlagenden Referaten erwähne ich nur diejenigen über Rhinosklerombacillus, Gonorrhöekokken, Pende-Geschwür, Erysipelkokken, Lepra- und Syphilisbacillen, Bacillen des malignen Ödems, Xerosebacillen, Mikroorganismen bei Erythema nodosum und Purpura (Demme) bei Impetigo, über Impfversuche mit Favuspilz. — Die Zusammenstellung ist zur schnellen Orientierung überhaupt sehr nützlich. *Philippi-Felsberg.*

Heft 1 der *Annales de Dermat. et de Syph.* 1889 bringt in der „Revue de Syphiligraphie" eine Besprechung der neuesten englischen und französischen Litteratur über die Syphilis des Nervensystems, und unter „Varia" eine eingehende Besprechung von A. Doyon der in den *Monatsheften* erschienenen „Pariser Priefe" von P. G. Unna.

In Heft 3 findet sich ein interessanter Bericht Leloirs über die in den gröfseren deutschen Städten bestehenden Einrichtungen an Krankenhäusern u. s. w. zur Behandlung der Haut- und Geschlechtskrankheiten, sowie über die ärztliche Überwachung der Prostituierten. — Der Bericht eignet sich nicht zu einer kurzen Wiedergabe. *Türkheim-Hamburg.*

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).
Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft (vormals J. F. Richter) in Hamburg.

Digitized by Google



BROOKE, *Seborrhoea corporis.*

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Digitized by Google

Digitized by Google

Sachregister.

(Die römischen Zahlen beziehen sich auf die Ergänzungshefte.[1])

Abkühlung der Haut, einfache 271.
Absuggerierung homosexualer Empfindungen, hypnotische 428.
Acarusausschlag des Hundes 506.
Acetanilid, lokale Anwendung des (Neroth) 316.
Achorion Schönleinii 339. 451. 534.
Acné pilaire cicatricielle (Besnier) 527.
— sebacée 561.
Addisonsche Krankheit, Fall von (Sjöström) 193.
Ainhum oder kongenitale Mifsbildung, Differentialdiagnose zwischen (Proust) 331.
Akne cachecticorum, Lichen pilaris, schwere Rachitis und absolute Zahnlosigkeit (v. Genser) 537; — mit Ekzema seborrhoicum (Hallopeau) 524; — zur Behandlung der (Fox) 321; mit Resorcin 375; — Ätiologie und Behandlung der 147. 212. (Barthélemy) 406.
— frontalis s. necrotica (Boeck) 191.
— pilaris 191.
— pustulosa 410; Ichthyol bei 316.
— rosacea 316. 375. 569.
— sebacea concreta (Hallopeau) 471.
— syphilitica E.-H. III. 13.
— varioliformis 191; — (Akne frontalis necrotica) zur Kenntnis der (Pick) 536.
— vulgaris 316.
Akneeruption, Fall von allgemeiner polymorpher 149.
Aknekeloid 211.
Aktinomykosis (Fessler) 383.
— der Gesichtshaut (Tilanus) 384.
— abdominis (Buday) 191.
Albuminurie bei Pemphigus 25.
Alkoholismus, Ichthyol gegen 588.
Alopecia 218; bei Tieren 450; — hervorgerufen durch krankhaftes Kratzen (Hallopeau) 572.
Alopecia areata (Bulkley) 331; mit partieller Sklerodermie kombiniert (Rosenthal) 332; zur Frage nach den Ursachen der (v. Sehlen) 378.
— cicatricielle innominée 134; (Besnier) 475. 519. 520.
— innominata 474.
— simplex (Besnier) 331.
— syphilitica, Histologie des Haares bei (Darier) 520.
Anämie der Haut (Unna) 7; Prurigo bei lymphatischer (Joseph) 373.
Angiom 317. 375.
Angiomata oris, Behandlung mit dem Paquelin (Unna) 333.
Angioneurosen der Haut, toxische 268.
Anomalie des Hodenes, seltene (Leven) 311.
— venerische und syphilitische 240.
Anthrax maligna (Murray) 192.
Antipyrin-Exanthem 274; — (v. Kogerer) 532.
Argyrie der Haut E-H. II. 12.
Arsen, Resorption des metallischen 34.
Arsenikinjektionen bei Epithelialkarzinom 375.
Arthrosporen 339.
Arzneiexantheme 293.
Aspermatismus, angeborener scheinbar absoluter, übergeführt durch örtliche Behandlung in relativen Aspermatismus. Befruchtung während des letzteren Zustandes (Peyer) 429.
Asphyxia localis 366. 524; Gefäfsveränderungen bei 212.
Atlas seltener Hautkrankheiten, über die Notwendigkeit eines internationalen (Unna) 151.
Atrophie der Fingernägel, Augenbrauen und Lider, kongenitale (Tilley) 330; — der Scheidenschleimhaut, narbige 499.

[1] Zu diesem Band erschienen die Ergänzungshefte No. II und III des Jahrganges 1889.

Digitized by Google

Atrophie, obliterierende Gefäfs- 16.
Atropin bei Urticaria pigmentosa 214.
Atropinerythem 273.
Augenbrauen und -lider, kongenitale Atrophie der, nebst Atrophie sämtlicher Fingernägel (Tilley) 330.
Augenerkrankungen, Beziehungen zu gewissen Normal- und pathologischen Zuständen der Sexualorgane (Power) 43.
Augensyphilis s. Syphilis.
Ausfall der Haare bei Tieren 450.
Aussatz s. Lepra.
Ausschälung der Varicen (Boennecken) 422.
Autoinfectio syphilitica; postinitiale Infektion (Ullmann) 580.

Bacillen in Warzen 17; bei Rhinosklerom (Melle) 38; bei Ekzema seborrhoicum 49; bei Purpura haemorrhagica 312.
Bacillenbefunde bei den Exanthemen der Lepra nervorum (Pollitzer) 379.
Bakterienflora der Haut (Quinquaud) 527.
Bakteriologie, die wichtigsten Vorkommnisse des Jahres 1888 auf dem Gebiete der 590.
Bakteriologische Untersuchungen der Kleidung Kranker (Fontin) 284; — bei der Chrysarobinbehandlung der Trichophytie (v. Sehlen) 547.
— Beobachtungen bei der Chrysarobinbehandlung der Trichophytie 379.
— Methode in der Dermatologie (v. Sehlen) 379.
— Technik (Günther) 96.
Balanoposthitis gangraenosa nach Gonorrhöe 240.
Balneotherapie des chron. Ekzems (Letzel) 381.
Barettas Museum 203.
Bartholinitis 313.
Beingeschwür s. Unterschenkelgeschwüre.
Beriberi (Morris) 333.
Beschäftigung, Einfluſs der auf Hautkrankheiten (Foley) 290.
Bläschensyphilide E.-H. III. 13.
Blase, Extraktion eines Fremdkörpers nach schneller Erweiterung der Harnröhre (Kézmarszky) 93.
— Auswaschung und Ausspritzung der (Antal) 93.
Blasenentleerung, Abhängigkeit der Harnmenge von der Häufigkeit der (Preyer) 430.
Blasenkatarrh s. Cystitis.
Blasenpunktion, zur (Posner) 427.
Blasensteinzertrümmerung, Kokainanästhesie bei (Freudenberg) 427.
Blattern s. Variola.
Bleichromatvergiftung 76.
Bleiglycerol bei Pityriasis rubra 182.
Blennorrhagie der Urethra s. Gonnorhöe.
Blennorrhöe der Urethra s. Gonorrhöe.
Blutarmut der Haut 7.
Blutfleckenkrankheit s. Purpura haemorrhagica.
Blutgefäſssystem, Ichthyol bei Erkrankungen des peripheren 586.
Blutschwitzen bei Tieren 450.
Borkenflechte 452.
Borsäure-Lanolin bei Intertrigo (Liebreich) 286.
Bosnien und Herzegovina, Ursprung der Syphilis in (Glück) 287.
Brandwunden, Behandlung mit Sozojodolkalium (Ostermayer) 529; mit Jodoform (Schiff) 212.
Bromeruption, polymorphe (Jacquet) 213.
Bromexanthem 40.
Bronchialasthma, Ichthyol bei 587.
Bubonen 314; experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers und über die (Ducrey) 387.
— schankröse 393.

Calculus urethralis, Fall von (Bókai) 92.
Callus syphiliticus E.-H. III. 64.
Campho-phenique und seine Anwendung bei Hautkrankheiten 150.
Cellulome épithéliale éruptif, multiples (Quinquaud) 220.
Chaulmoograol bei Lepra 150. 239.
Chininerythem 273.
Chloralexanthem 273. E.-H. III. 85.
Chlorose, Ichthyol gegen echte 589.
Cholesterin 154.
Cholesterinfett 153.
Cholesterinreaktion 164.
Cholesterinreihe 159.
Cholestol 153.
Cholestolreaktion 158.
Chromsäure bei Fuſsschweiſs 41.
Chromsaures Blei, Vergiftung durch 76.
Chrysarobinbehandlung der Trichophytie, bakteriologische Beobachtungen bei der (v. Sehlen) 379. 544. 547.
Chrysoidinvergiftung 76.
Coccidien bei Epithelioma contagiosum 33.
Condylomatosis nigra multiplex, Histologie der (Pollitzer) 379.
Cutis, Flächenbilder 379. — und Epidermis der Palma manus (Oehl) E.-H. II. 21.
— laxa 484.
Cystenbildung in der Epidermis bei Prurigo 533.
Cystin 43.

Digitized by Google

Cystinsteine 43.
Cystinurie (Stadthagen und Brieger) 43.
Cystitis, zur Therapie der chronischen (Frey) 42; — Ichthyol gegen 588.
— crouposa (Bókai) 92.

Dandruff 554.
Darmmykose als Ursache der Cystinurie 43.
Defluvium capillitii 555.
Denguefieber, Hautaffektionen des (de Brun) 314.
Depilationsmittel, Natriumsulfhydrat als 541.
Dermatitiden, oberflächliche 44.
Dermatitis durch Mikroorganismen 560.
— bullosa bei Tieren 450.
— canadensis (Pferdepocke) 502.
— erythematosa und Erythema simplex bei Tieren 446.
— exfoliativa 316; — generalisata primitiva 144. 209; (Mackenzie) 170.
— follicularis localisata 474.
— herdförmige, bei Tieren 449.
— herpetiformis 206. 214; (Dubreuilh) 36. (Tennesson) 472; — Fall von (Schwimmer) 91; — und eine neue Form derselben, über die (Unna). 97; — über die (Brocq) IV. Polymorphe pruriginöse recidivierende Schwangerschafts-Dermatitis (Herpes gestationis) 21. 69; — Bemerkungen bezüglich der Streitfrage der (v. Hebra) 243.
— pustulosa mit exzentrisch weiterschreitenden Herden, über eine neue Form von (Hallopeau) 233.
— schuppende 295.
Dermatologie, bakteriologische Methode in der (v. Sehlen) 379; — Bericht über 33; — und Syphilis, Programm des internationalen Kongresses für D. u. S. in Paris 144; Bericht 201.
Dermatologische Vereinigung in Berlin, Sitzung der 280.
— Gesellschaft, deutsche, der 1. Kongreſs der 47.
Dermatologisches Laboratorium in Hamburg 386.
Dermatoneurose stéreographique (Chambard) 570.
Dermatoneuroses indicatrices (Leloir) 530.
Dermatose, vieldeutige (Besnier) 476.
Dermatosen, neuritische 244.
— über bullöse 144; — von den komplexen oder multiformen blasigen 214.
— hereditäre 151. 240.
— exfoliative, Verluste, welche der Organismus dabei erleidet (Quinquaud) 240.
Dermatotherapie 316.
Demorphyten 284.
Diabetes mellitus, Ichthyol gegen 589; — Antipyrin gegen die Haut- und nervösen Erscheinungen bei 95.
Diaminurie 43.
Diät bei seborrhoischen Affektionen 564.
Diphtheritis und Masern, Übertragung der (Sevestre) 329.
Diphtheritische Geschwüre am Perineum (Hill) 329.
Dithiosalicylsaures Natron II. (Lindenborn) 187.
Drüsen am Kornealrande, über neue eigentümliche und über den Bau des Limbus conjunctivae (Manz) E.-H. II. 94.
Dualitätslehre der Syphilis 436.
Duhrings Krankheit s. Dermatitis herpetiformis.
Dysepidermotrophie 535.

Eczème acnéïque 205.
Ekthyma syphiliticum E.-H. III. 13.
Ektropium infolge von Gesichtssyphilis (Hallopeau u. Wickham 580.)
Ekzem 476; besonders bei den Kindern, Pathogenese des (Gaucher) 237; — bei Tieren 446; — der Kopfhaut, Behandlung mit Thiol und Ichthyol 4; — Magendilatation bei 409; bei Pityriasis rubra 183; — akute Ausschläge bei 294; — und Seborrhöe 561; — der Flachsspinner und -brecher (Lefebore) 37.
— keratoides der Hände 540.
— lichenoides 535.
Ekzema acutum 317.
— ani, scroti et vulvae inveteratum, Behandlung mit dem Paquelin (Unna) 431.
— chronicum 317; Balneotherapie des (Letzel) 381.
— foliaceum exfoliativum 171.
— parasitarium 484.
— seborrhoicum 44. 141. 205. 210. 553; (Hallopeau) 520; — mit Akne 524; — pathologische Anatomie des 151; (Unna) 240.
— squamosum universale 171.
Ekzembehandlung mit Resorcindunstumschlägen (Unna) 44.
Elastische Fasern der Palma manus E.-H. II. 77.
Eleidin 153; im Nagel 346; bei Ulerythema centrifugum 354.
Elektrolyse bei Lymphom 150. 213; bei Varicocele 150.
Elephantiasis 147.
— Arabum 487.
Endangioitis E.-H. III. 63.

Digitized by Google

Endoskopie; ein leichtes Verfahren ohne kostspieligen Apparat (Linhart) 585.
Endotheliome 189.
Enthaarungsmittel 434. 541.
Epidermis, Flächenbilder von 379.
Epidermis u. Cutis der Palma manus, mikroskopisch-anatomische Untersuchungen zum Studium der (Oehl) E.-H. II. 21.
Epidermiscysten bei Prurigo 533.
Epidermisextrakt 166.
Epidermishyperplasie bei Ulerythema centrifugum 354.
Epididymitis 428.
Epifolliculitis 474.
Epithelneubildungen bei Ulerythema centrifugum 354.
Epithelialkarzinom, Arsenikinjektionen bei 375.
Epitheliom 234. 330; der Haut 150; der Michdrüsengänge 522.
Epithelioma contagiosum 33. 154. 234; — verrucosum 222.
— cysticum benignum der Haut (Jacquet) 238.
Eponychium 347.
Erbgrind bei Tieren 451.
Erfrierung, Ichthyol bei 317.
Erysipel des Kopfes bei Lippenschanker 474; — mechanische Behandlung des (Wölfler) 536; (Kroell) 322; — mit Acetanilid behandelt 316; mit Ichthyol 4. 317; (v. Brunn) 38; — zur Behandlung des (Calvelli) 322; (White) 322. — Heilung durch Karbolinjektionen (Samter) 423.
Erysipelas migrans, zur Behandlung des (Rosenthal) 536.
Erysipelkokken 33.
Erythema 215. 407; — Magendilatation bei 409; — der Variola 316; — bei Lepra nervorum 272; bei der Pellagra 577.
— circinatum (Hallopeau) 523.
— exsudativum in den Halsorganen (Schötz) 285.
— herdförmiges 270.
— induratum (Feulard) 521.
— infektiöses u. postinfektiöses 272.
— iris et circinatum 217.
— medicamentosum 272.
— multiforme 216.
— neuriticum 244.
— nodosum 318; — chronicum (Besnier) 472.
— pernio 524.
— punctatum 316.
— recidivans 210.
— scarlatiniforme 209. 295. 316.
— simplex u. Dermatitis erythematosa bei Tieren 446.
Erythrasma, über das 150. 240; — und Urticaria factitia (Chambard) 576.
Erythrodermie 236.
— exfoliante 293.
Essentielle Exantheme 295.
Essigsäure bei Psoriasis 281.
Exanthem, über ein eigentümliches (Gruwe) 425.
Exantheme, essentielle 295.
— der Haut, zur Frage von den allgemeinen mit Röte und Schuppung einhergehenden (Brocq) 293.
Exfoliation der Zunge, über die kreisförmige (Bayet) 482.
Exfoliationsblasen 260.

Färbemethode, von Kühne modifizirte Gramsche 17.
Falsche Krätze 447.
Favus 342. 376; bei einem Neugeborenen, Fall von (de Smet) 534.; — Klinisches und Ätiologisches über (Fabry) 532; — bei Tieren 451.
Favusbehandlung 219; (Schuster) 1.
Favusnarben (Hallopeau) 472.
Favuspilz, über den (Elsenberg) 321.
Fettflechte 446.
Fetträude 446.
Flachsspinner, Ekzem der (Lefebore) 37.
Flächenbilder der Epidermis und Cutis, Methode der Anfertigung von (Philippson) 379.
Flächensyphilom des Mundes (Vidal) 574.
Flanellekzem 205.
Flechte, fressende 446.
Flecke, blaue, infolge von Pediculi pubis (Besnier) 473.
Feckensyphilid, erythematöses u. papulöses E.-H. III. 80.
Flora dermatologica (Tommasoli), Bacillen, Kokken, Hefeformen 49.
Folliculitis und Perifolliculitis der Spinner u. Weber, über die (Leloir) 530.
— agminata serpiginosa (Quinquaud) 520.
— epilatoria (Quinquand) 474.
— praeputialis et paraurethralis gonorrhoica (Touton) 94.
Follikulitiden u. Perfollikulitiden 491.
Franza 287.
Frenjak 287.
Frost 365.
Frostbeule 524; Entstehung 366; — zur Behandlung der 319; — Ulerythema centrifugum nach 576.
Furchen u. Kämme der Haut E.-H. II. 25.
Furunkulosis u. Polyurie (Spillmann u. Parisot) 537.
Fufsgrind 447.
Fufsmauke 447.
Fufsschweifs, Chromsäurelösung bei 41.

Digitized by Google

Gadna bolest 287.
Gangrän der äufseren Hautdecken, zwei Fälle von (v. Düring) 426.
Gefäfsatrophie der Haut, obliterierende 16.
Gefäfsveränderungen bei Asphyxia localis 212.
Gefühlswärzchen E.-H. II. 88.
Gehirnsyphilis s. Syphilis.
Gelenkerkrankungen und Psoriasis (Bourdillon) 38.
Gelenkrheumatismus, Ichthyol bei 588.
Geschwüre am Perineum, diphteritische (Hill) 329.
— wuchernde (Comby) 475.
Gesichtserysipel, Behandlung des 536.
Gicht u. ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen (Mayer) 482.
Gichtekzem 564.
Glasige Schwellung der Karunkeln 498.
Glatzflechte 452.
Glossitis exfoliativa marginata (Besnier) 523.
Glycerinfette 154.
Gommes scrofuleuses 438. 573.
Gonitis gonorrhoica, dithiosalicylsaures Natron bei 188.
Gonorrhöe unter den Prostituierten 371; des Weibes 148. 240. 391; — mit Purpura rheumatica 318; — Gonokokken bei 32; — u. Syphilis, Identitätslehre 436; — Behandlung mit Injektionen (Eraud) 94; durch Einträufelungen, über einige Eigentümlichkeiten der (Rosolimos) 151. 240; der chronischen (Bender) 332; mit Salbensonden (Szadek) 332; Fleiner 377; — zur Injektionsbehandlung der akuten (Friedheim) 585.
— gangränöse Balanoposthitis, Pleuritis diaphragmatica, beiderseitige Phlebitis der Unterextremitäten; Gelenksentzündung der articulatio sternoclavicularis 240.
Gonorrhoea membranacea desquamativa 94.
Gonorrhoische Affektionen der Scheidenschleimhaut bei Prostituierten, chronische (Oberländer) 495.
Granulom subkutanes 439.
Graue Quecksilbersalbe als Abortivum gegen Panaritium (Model) 536.
Greisenschanker 578.
Grind 558.
Gumma syphiliticum E.-H. III. 13; — des Gliedes, welches einen harten Schanker vortäuschte (Hallopeau) 572; — im M. tibialis anticus (Fournier) 575; — zahlreiche verhärtete am Isthmus faucium (Royer) 581.
Gummavarietät, abscessiforme oder noduläre E.-H. III. 61.
Gummöse Hautsyphilide E.-H. III. 57.
Gummöses Syphilid des Unterhautzellgewebes E.-H. III. 66.

Haar bei Alopecia syphilitica, Histologie des (Darier) 520.
Haarausfall bei Tieren 450.
Haarwasser für die Kopfhaut (Liebreich) 286; (Rabow) 333.
Haarzunge, schwarze (Leviseur) 96; Fall von (Dinkler) 373.
Hämatospermie 428.
Handekzem 45.
Harnblase, Haarnadel in der (Antal) 429.
Harnmenge, Abhängigkeit von der Häufigkeit der Blasenentleerung (Preyer) 430.
Harnröhre, Polypen der (Neuberger) 92; Karunkeln der 497.
Harnröhrenspülapparat für die gesamte Harnröhre, ein neuer (Lohnstein) 429.
Harnstickstoffuntersuchung nach Ichthyolgebrauch 4.
Haut, Vorlesungen über allgemeine Pathologie der (Unna) I. Anämie 7; II. Allgemeines über Hyperämie der Haut 62; III. Wallungshyperämie 266; IV. Stauungshyperämie 357; — Einfluss der Pikrinsäure auf die, mit Rücksicht auf die gerichtliche Medizin 151; — zur Frage von den allgemeinen, mit Röte und Schuppung einhergehenden Exanthemen der (Brocq) 293; — toxische Angioneurosen der 268; — Bakterienflora der (Quinquaud) 527.
Hautaffektionen bei Denguefieber (de Brun) 314.
Hautabkühlung, einfache 271.
Hautanatomie, zwei vergessene Arbeiten aus der klassischen Periode der (Unna) E.-H. II.
Hautanomalien, seborrhoische Affektionen und deren Beziehungen zu einigen andern (Brook) 553.
Hautarterien, Parese der 267.
Hautausschlag mit infektiösem Charakter, ein der Schuppenflechte gleichender (Baaz) 286.
Hautausschläge, scharlachähnliche (Grindon) 316.
Hautblässe s. Anämie.
Hautepitheliome, Behandlung der oberflächlichen, wenn selbe zu ausgebreitet sind, um operiert zu werden 150.
Hauterkrankungen bei der Pellagra (Raymond) 576.
Haut- und nervöse Erscheinungen bei Diabetes mellitus, Antipyrin gegen die 95.
Hautfarbe, Abnahme der rötlichen 7.

Digitized by Google

Hautfärbung, Veränderung bei einem Syphilitischen im sekundären Stadium (Chauveau) 582.
Hautfett, Enthält das menschliche Hautfett Lanolin? (Santi) 153.
Hautfurchen E.-H. II. 25.
Hautgefäfse, Verengerung der 14.
Hauthistologie E.-H. II. 13.
Hauthypertrophie, wahre umschriebene E.-H. III. 83.
Hautkämme E.-H. II. 25.
Hautkatarrhe, parasitäre 44.
Hautkrankheiten, Einfluſs der Beschäftigung auf (Foley) 290; — über die nervösen (Schwimmer) 151; — neue Vorlesungen über Leloir) 530; — über die Notwendigkeit eines internationalen Atlasses seltener (Unna) 151; — Veränderungen des Ohres bei verschiedenen (Hermet) 239; —auf die Statistik der in Amerika basierte Beobachtungen 150. 238; — Ansichten Hardys über die Pathologie der 149; — bei welchen Hybridformen vorkommen, verschiedene Formen der 150; — und Syphilis im Jahre 1888, Bericht über die Litteratur der (Finger) 32; — Nomenklatur und Klassifikation der 147; — Klinische und natürliche Klassifikation der 150; — Naphthol bei 151; — Hydroxylamin bei 150. 240; — Camphophenique bei 150; — Wert von oft wiederholten Dosen Arsenik bei bullösen, namentlich bei Kindern (Bulkley) 319.
Hautkrebs, Transplantation bei 376.
Hautliniensystem E.-H. II. 26.
Hautnerven E.-H. II. 70.
Hautperspiration, Einfluſs wollener Wäsche auf die (Lasarew) 283.
Hautpigment 483.
Hautsarkom (Schwimmer) 90. 237; (Vidal) 238; (Kalindero) 239.
Hautsyphilide, gummöse E.-H. III. 57.
Hauttransplantation nach Thiersch 325; (Franke) 95; — bei Hautkrebs 376.
Hauttuberkulose 438; am Rücken (Fournier) 519; im Anschluſs an Röteln (Comby) 574.
Hautulcerationen nervösen Ursprungs 531.
— syphilitische E.-H. III. 13.
Hefeformen bei Ekzema seborrhoicum 49.
Hemiatrophia facialis progressiva, Pseudolepra, Verruca vulgaris, kleinere Mitteilungen über (Schweninger) 380.
Hereditäre Dermatosen 151.
Herpétides exfoliatives 294.
— exfoliatrices 209; maligne 294; généralisée (Hallopeau) 521. 527.
Herpes 244; — Acetanilid bei 316.
— circinatus (Hallop-eau) 522; — bullosus 21.
Herpes genitalis oder Schanker? (Fournier) 473.
— gestationis 20. 23. 72. 215.
— iris 98. 104. 106. 205. 215; (Bateman) 477.
— recidivus (Hallopeau) 525.
— tonsurans, über eine neue Behandlungsmethode des 145; — bei Tieren 452; — der Kopfhaut, Prophylaxis des (Leviseur) 320. 424; Behandlung des 1. 217; Chrysarobinbehandlung 544. 547.
— — -Pilz, Untersuchungen über Reinkulturen (Roberts) 339; Bemerkungen dazu (Grawitz) 469; Antwort von Roberts 570.
— vacciniformis 573.
— zoster s. Zoster.
Herzegovina und Bosnien, Ursprung der Syphilis in der (Glück) 287.
Heterosexuale Empfindungen 430.
Hitzeerytheme, Ichthyol bei 187.
Hitzknötchen 446.
Hodenanomalie, seltene (Lewen) 311.
Homosexuale Empfindungen 428. 430.
Hôpital St. Louis, Wochenzusammenkünfte der Ärzte im 471. 519. 571.
Hornschicht 310; der Palma manus E.-H. II. 30; — Permeabilität der E.-H. II. 12.
Hornzellen, chemische Eigenschaften der E.-H. II. 33.
Hunderäude 505.
Hungerräude 446.
Hyalin 303.
Hyalinschollen bei Lichen planus und Pityriasis rubra 250.
Hybride Formen von Hautkrankheiten 476.
Hydarthrose bei sekundärer Lues, 4 Fälle von (Gouget) 582.
Hydracetin (Guttmann) 33; bei Psoriasis 280.
Hydracetinvergiftung 320.
Hydradenome 220.
Hydrargyrum salicylicum 33; — Herpes zoster im Anschluſs an die intramuskuläre Injektion von (Touton) 377.
Hydragyrum-Injektion 228; neue 148. 222.
Hydrargyrumpflaster bei Trichophytiasis barbae 219.
Hydrargyrumresorption im tierischen Organismus (Pinner) 284.
Hydrargyrumverbindungen, vergleichende Studie über den Heilerfolg von subkutanen Injektionen von 151.
Hydroa 106. 107. 108. 216. 246; (Quinquaud) 521; — Tripperkranker mit Gelenkaffektionen und typischer (Tennesson) 477.
— bullosa 99. 107.
— gestationis 23.

Digitized by Google

Hydroa pruriginosa 99. 107.
— puerorum 108. 112.
Hydrocele, zur Therapie der (Flamerdinghe) 43.
Hydrosadenitis E.-H. III. 63.
Hydroxylamin bei Psoriasis 281; bei Hautkrankheiten 150. 240.
Hydroxylamininjektionen bei Lepra 150.
Hyperämie der Haut 62; infektiöse 277.
Hyperkeratose 310.
Hypertrichosis mit Elektrolyse behandelt 317.
Hypertrophie der Haut, wahre umschriebene E.-H. III. 83.
Hypnose, Bemerkungen über die therapeutische Verwertung 288.
Hypnotische Absuggerierung homosexualer Empfindungen 428.
Hysterie 314.
Hystricismus 282.

Ichthyol und Thiol (Lange) 2.
— Beobachtung über nach 3jähriger Erfahrung (Hoffmann u. Lange) 187; — Gebrauch bei inneren Krankheiten (Unna) 586.
Ichthyolbehandlung des Erysipels 4; (v. Brunn) 38.
Ichthyolpräparate in der Dermatotherapie, Anwendung der (Kopp) 316.
Ichthyosis 205. 375. 376; (Isaac) 281; (Quinquaud) 520; im Säuglingsalter, hochgradige (Róna) 286; — Hypertrophie der Cutis bei E.-H. II. 62.
— follicularis, über einen Fall von (White) 533.
— hystrix 534.
Identisten 436.
Impeticula capillitii, eine neue impetigoähnliche Krankheit des behaarten Kopfes (Pavloff) 253.
— contagiosa 263. 521; — des Pferdes 502.
— herpetiformis Hebrae 72. 214.
Impotenz, Heilung durch Radikaloperation der Varicocele 426.
Induratio primaria tonsillae, Fall von (Róna) 192.
Indurationen, pseudosyphilitische 492.
Indurativer Ödem 314.
Injektionen von Hg-Salzen s. Syphilis.
Insensible Verluste 283. 284.
Intertrigo, Borsäurelanolin bei 286.
Initialsklerose 314; der Zungenspitze (Vidal) 521; der Unterlippe (Vidal) 525; (Besnier) 474; extragenitale (Besnier) 575; pseudosyphilitische 492; — mit schwerer Syphilis, phagedänische 475; — ohne Bubo 241; — Reinfektion der 32; — der Tonsille 192; — primitife 436; — oder Herpes genitalis (Fournier) 473; — u. tertiäre Syphilide 570.
Jodismus, Entstehung und Therapie des akuten (Röhmann u. Malachowski) 383.
Jodkalium, Idiosynkrasie gegen (Besnier) 472; bei Psoriasis 189. 321; — Hämoptoe nach 580.
Jodkaliumwirkung bei Syphilis (Wolff) 380.
Jodoform bei Cystitis 42; bei Brandwunden 212.
Jodoformdarstellung (Raynaud) 34.
Jodoformdermatitis (Kolbe) 90.

Kachexie, Ichthyol gegen 589.
Kadovi 287.
Kämme und Furchen der Haut E.-H. II. 25.
Kakotrophia folliculorum 534.
Kalomelöl und Oleum cinereum, Einspritzungen von (Löwenthal) 325.
Kampferschwitzkur gegen Erysipelas migrans 536.
Kaninchenräude 505.
Karbolekzem. Heilung durch Lanolin (Meyer) 422; durch Ungt. Diachyl. Hebrae (Nagel, Schnackenburg) 422.
Karbolinjektionen bei Erysipel (Samter) 423.
Karbolintoxikation, Natrium sulfuricum bei 423.
Karbolsäurepaste bei Variola 290.
Karunkeln der Harnröhre 497; myrtenförmige 497.
Karzinom des Gesichtes 375; — auf Lupus (Nielsen) 324.
Katzenräude 503.
Keloid (Quinquaud) 476; seltener Fall eines wahren idiopathischen multiplen bei einer nervösen Frau (de Amicis) 146. 211; spontanes (Vidal) 575; bei einem Neger (Lewin) 193; — Beitrag zur Kenntnis des (Fischer) 479.
Keratinhaltige Gewebe 157.
Keratitis interstitialis bei Lues acquisita (Trousseau) 581.
Keratodermie, symmetrische, der Hände 540.
Keratohyalin und Eleidin 155.
— Entstehung und Schicksale vor und nach der Geburt (Pavloff) 302; — im Nagel 346; — bei Ulerythema centrifugum 354.
Keratohyalingebilde 533.
Keratoides Ekzem 540.
Keratosis follicularis 235. 282; Fall von (White) 533.

Digitized by Google

Keratosis pilaris 534.
Kielhausers Speickseife 34.
Kleidung Kranker, bakteriologische Untersuchung der (Fontin) 284.
Kleienflechte 446. 447.
Klinische Fälle von eigentümlicher Bedeutung 149.
Knäueldrüsen, Fettabsonderung der E.-H. II. 16; — zur Funktion der (Meissner) 570; E.-H. II. 85.
Knötchen-Syphilide E.-H. III. 13.
Knotenlepra 324.
Körnerschicht, Verdünnung der 310.
Körnerzellen, über die Natur der von Zander im embryonalen Nagel gefunden (Pollitzer) 346. 379.
Kokain bei Hydroceleoperationen 43.
Kokainanästhesie bei Blasensteinzertrümmerung (Freudenberg) 427.
Kokken bei Alopecia areata 378; bei Ekzema seborrhoicum 49.
Kolliquationsbläschen 260.
Komedonen nach Magendilatation 409.
Kometenartige Warzen 584.
Kondylome, spitze 313.
Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft, der erste 47.
— für Dermatologie und Syphilis in Paris, Programm des internationalen 144. 201.
— internationaler medizinischer (X.) in Berlin 1890 333.
Konstantinopel, Brief aus (v. Düring) 140.
Kopferysipel bei Lippenschanker 474.
Kopffavus 1.
Kopfhaut, Herpes tonsurans der (Leviseur) 320. 423.
Kornealrand, neue eigentümliche Drüsen am (Manz) E.-H. II. 94.
Krankenhäuser deutscher Städte, Einrichtungen an (Leloir) 590.
Krankenheil-Tölz, verschiedene Anwendungsarten der Heilquellen und Quellenprodukte des Bades (Letzel) 528.
Krätze mit abnormem Verlauf (Hecin) 36; falsche 447.
Krätzmilben 37.
Krebs 234.
Kreisförmige Exfoliation der Zunge, über die (Bayet) 482.
Kreolinekzem (Wacker) 91.

Laboratorium, Hamburger dermatologisches 386.
Lachsfarbe bei Ekzema seborrhoicum 557.
Lähmungshyperämie 69.
Lanolin. Enthält das menschliche Hautfett Lanolin? (Santi) 153. 235.
— bei Karbolekzem 422.
Lanolinisieren 157.
Leichenwarze, tuberkulöse Natur der 33.
Lepra 81; (Goto) 85; (Zambaco) 152; (Kaurin) 323; — Fall von (Hallopeau) 77; (Powell) 79; (Lewis) 83; (v. Harlingen) 82; Fall von autochthoner (Ohmann-Dumesnil) 81; — klinischer Vortrag über (Dunn) 78; — Kontagiosität der (Zambaco) 239; — Ist sie ansteckend? (Smirnoft) 291; — und die Zahl der Leprösen in Spanien, über das Kontagium der (Olavide) 238; — weitere Fälle zum Beweise der Kontagion (Zuriaga) 577; — und deren Einfluſs auf die Luftwege (Mackenzie) 86; — in Mexiko und auf den Sandwichsinseln; persönliche Beobachtungen über (Morrow) 323; — — in Rumänien 239; — auf den Hawaiinseln 150; (Grew) 80; — in New Orleans (Blanc) 80; — Welche sollte die Stellung der Staatsgesundheitsbehörden der Lepra gegenüber sein? (Lee) 78; — die Kontagiosität der, und die gegen dieselbe in Rufsland zu ergreifenden Mafsregeln (Münch) 412. 454. 508; — einige Bemerkungen über die Verhütung mittels Isolierung (Carter) 89.
— Behandlung mit Exzision (Rake) 87; — mit Cashewöl (Bakewell) 85; — Nervendehnung 84. 87; — Ulcus perforans; Nervendehnung; Gangrän des Fufses; Amputation; Heilung mit konsekutivem, häufigem Ekzem u. Diarrhöe (Rake) 84; — Synopsis von Dr. Rakes Versuchen mit Nervendehnung bei Lepra 87; — Bemerkungen über den Wert der Nervendehnung bei Lepra auf Grund von 100 Fällen (Rake) 89.
— anaesthetica 82. 83. 84.
— maculosa anaesthetica, Behandlung mit Chaulmoograöl und mit subkutanen Hydroxylamininjektionen 150.
— mixta 83.
— nervorum, Bacillenbefunde bei (Pollitzer) 379; Histologie der (Unna) 151; Erythem bei 272.
— nervosa 239.
— tuberosa (Rake) 87.
Leprabacillen 239; (Rake) 87; — Bericht über Kulturversuche mit (Rake) 86.
Leprome der Haut E.-H. III. 81.
Lésion moniliforme 534.
Leukoplakia buccalis, über (Perrin) 213; — oris, Behandlung mit dem Paquelin (Unna) 432.
Leukoderma syphiliticum 375.
Leukodermie 487.
Lichen-Gruppe, über die Konstitution der 144. 203.

Digitized by Google

Lichen acnéique 205.
— agrius 205.
— circinatus 205.
— circumscriptus 205.
— hypertrophicus 208.
— moniliformis 205.
— neuroticus 133. 207.
— obtusus 205; (Tennesson) 572.
— pilaris 205. 533; — Akne cachecticorum, schwere Rhachitis und absolute Zahnlosigkeit (v. Genser) 537; — s. Xerodermia pilaris (Brocq) 525.
— planus 142. 204; (Vidal) 524; — oder Lichen ruber (Vidal) 521; — Histologie 151; (Török) 240; — multiformis (Besnier) 523; — Ausschläge nach 294. — als Folge einer Amputation, nicht juckender (Russel) 190; — atrophicus s. sclerosus (Hallopeau) 583.
— ruber, zur Frage (Török) 115.
— — acuminatus 142. 203. 266; — Fall von (v. Düring) 113; — über die derzeitige Stellung der amerikanischen Ärzte zum (Brocq) 534; — dessen Vorkommen in Amerika und Unterscheidung vom Lichen planus (Taylor) 190.
— sclerosus 205.
— scrofulosorum 204.
— syphiliticus E.-H. III. 14.
— tubereux corné 205.
— verrucosus 208.
Licht, Einfluſs auf die Haut 152.
Limbus conjunctivae, über den Bau des (Manz) E.-H. II. 94.
Liniensysteme der Haut E.-H. II. 25.
Lippenschanker (Besnier) 474.
Lumbago, Ichthyol bei 5.
Lungen- und Pleurasyphilis (Dieulafoy) 287.
Lupus 151. 375. 439. 475; (Hallopeau) 526; — des Larynx 150. 240; — Karzinom auf (Nielsen) 324; — seltene Formen des 149; — über einige Eigentümlichkeiten in der Entwickelung des 147; — auf der Fuſssohle eines 5jährigen Kindes (Charon und Gevaert) 577.
— asphycticus 524.
— elephantiasticus et vegetans (Hallopeau) 527.
— erythematosus s. Ulerythema centrifugum.
— exulcerans 441.
— lenticularis disseminatus syphiloides 474.
— pernio faciei (Besnier) 524.
— syphiliticus E.-H. III. 22.
— tuberculosus acutus nodularis disseminatus (Besnier) 474.
— tuberculosus miliaris 143.
Lupus verrucosus 33.
Lupusbehandlung 33. 240; mit Perubalsam (Saalfeld) 374; neue Thatsachen, welche die Wiederherstellung der Haut bei der — beweisen 150.
Lupusexzision u. deren plastische Deckung, nebst einigen Bemerkungen zur Thierschschen Hauttransplantation (Senger) 325.
Lupusinfiltrate 317. E.-H. III. 60.
Lymphatische Anämie, Prurigo bei 373.
Lymphdrüsenschwellung bei Herpes zoster 478.
Lympho-Chondro-Perichondroma 583.
Lymphodermia scarlatiniforme, der wahrscheinliche Anfang der Mykosis fungoides (Hallopeau) 236.
— perniciosa 236. 293.
Lymphom der linken Gesichtshälfte mit Elektrolyse behandelt 150. 213.

Mähnengrind 446.
Malum perforans, nervöser Ursprung des 531.
Mandelschanker (Vidal) 574.
Masern s. Morbillen.
Magenerweiterung bei Akne 212. 407; bei Pityriasis rosacea (Feulard) 575.
Mastzellen bei Urticaria 33.
— bei Naevi 373.
Mauke 446.
Maulgrind 447.
Maulräude 447.
Medikamentöse Erytheme 272.
Membrana intermediaria E.-H. II. 39.
Mentholpomade bei Urticaria pigmentosa 214.
Merkurialpräparate bei Syphilis, unlösliche (Watraszewski) 384.
Mikrochemie der Haut E.-H. II. 11.
Mikrococcus ulceris (mollis) 393.
Mikroorganismen der Mundhöhle (Miller) 527.
Mikrosporon furfur 339; — über Züchtung des (v. Sehlen) 379.
Milienartige Gebilde bei Ulerythema centrifugum 355.
Minimalbrenner 374.
Mischinfektion bei Tuberkulose der Haut 440.
Molekularphysik (Lehmann) 282.
Molluscum contagiosum s. Epithelioma contagiosum.
— fibrosum, Fall von multiplem (Tappey) 193.
Morbillen, Immunität gegen 33; — Urticaria nach 76; — prophylaktisches Erfordernis bei 328; — bei einem an Urticaria pigmentosa leidenden Knaben (Morell-Lavallée) 576.

Digitized by Google

Morbillen und Diphtheritis, Übertragung der (Sevestre) 329.
Morbillenexanthem 279.
Morbilliforme Rötelnepidemie (Enko) 288.
Morbus maculosus Werlhofii s. Purpura haemorrhagica.
Morphoea (Handford) 425.
— alba (Besnier) 526.
Morvansche Krankheit 35.
Müllersche Kapseln E.-H. II. 96.
Mundhöhle, Mikroorganismen der (Miller) 527.
Muskelgumma (Fournier) 575.
Muskelsyphilome vom chirurgischen Standpunkte 241.
Mykosis fungoides 236. 293.
Myositis ossificans (Kronecker) 95.
Myxödem, Fall von 151.

Naevus pilosus mollusciformis, ein Fall von tierfellähnlichem (Eichhoff) 483.
— pigmentosus 487; (Veiel) 374; — Mastzellen bei 373.
— piliferus pigmentosus, Fall von schwimmhosenartigem tierfellähnlichen (Joseph) 92.
— vasculosus 375.
Nagel, über die Natur der im embryonalen gefundenen Körnerzellen (Pollitzer) 346. 379; — über die Entwickelung des menschlichen 346.
Nagelbett, primitives 346.
Nagelerkrankung bei Dermatitis exfoliativa 178.
Naphthol bei Hautkrankheiten 151.
Narben nach Favus, verfärbte (Hallopeau) 472.
Narbenkeloid 211. 476. 479.
Narbenverbesserung (Stern) 381.
Nasenrachenraum, Syphilisaffektionen des 538.
Natronsulfhydrat als Enthaarungsmittel 434. 541.
Natrium sulfuricum bei Karbolintoxikation 423.
Naturforscherversammlung (62.) zu Heidelberg, Programm 194; Tagesordnung 197; Beschlüsse 198; Statutenentwurf 198; Vorträge aus Unnas Laboratorium 290; Referat 370.
Negerhaut, Beitrag zur Pigmentbildung in der (Morison) 485.
Nervendehnung bei Lepra 84. 87; — Synopsis über Dr. Rakes Versuche über 87; — über den Wert der N. auf Grund von 100 Fällen 89.
Nervenendigungen in der Haut E.-H. II. 70.
Nervenfibrillen E.-H. II. 80.
Nervenlepra E.-H. III. 81.
Nervensystem, Syphilis des 590.
Neurolepride (Unna) 230. E.-H. III. 75.
Neurosyphilide und Neurolepride (Unna) 230. E.-H. III. 75.
Nierengries, Ichthyol bei 588.

Ödem der Haut 267.
— akutes zirkumskriptes (Napier) 188.
— sanguinolentes 336.
Ohrknorpel, Erkrankung im sekundären Stadium der Syphilis (Jullien) 582.
Oidium lactis 339.
— albicans 340.
Ophthalmia blennorrhagica (Higgens) 333.

Pacinische Körperchen E.-H. II. 70.
Pagetsche Krankheit (Hallopeau) 522; pathologische Anatomie und Wesen der (Wickham) 234.
Palma manus, mikroskopisch-anatomische Untersuchungen zum Studium der Epidermis und Cutis der (Oehl) E.-H. II. 21.
Panaritium, Behandlung (Kapesser) 35; — graue Quecksilbersalbe als Abortivum gegen (Model) 536.
— analgisches 35.
Papillarkörper, Sekretion des E.-H. II. 17; — der Palma manus, Histologie des E.-H. II. 65.
Papillen, Blutgefäfse der E.-H. II. 67.
Papillome, spitze 317.
Papuloderm E.-H. III. 31.
Papulöse Bildungen 313.
Papulöses Syphilid der Handteller und gynäkologische Praxis (Unna) 480.
Paquelin in der dermatologischen Praxis 431.
Paralyse, progressive, und Tabes, deren Beziehungen zur Syphilis (Strümpel) 581.
Parrotsche Krankheit 582.
Pathologie der Haut, Vorlesungen über allgemeine (Unna) I. Anämie 7; II. Hyperämie 62; III. Wallungshyperämie 266.
Pechräude 447.
Pediculi pubis, blaue Flecke infolge von (Besnier) 473.
Pellagra, über (Takács) 77; — Hauterkrankungen bei der (Reymond) 576.
Pellagrafrage, einige Worte zur (Róna) 77.
Pemphigus 21. 25. 72. 98. 107. 144. 209. 214. 243; — mit Albuminurie 25; Aus-

Digitized by Google

schläge bei 294; — bei Tieren 450; — der Haut, Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut 191; — der oberen Luftwege, Beiträge zum (Zwillinger) 91.
Pemphigus acutus 22; — epidemicus (d'Haenens) 532; — pruriginosus 21.
— foliaceus 177.
— hystericus 22. 72.
— malignus (Ravogli) 189.
— neuriticus 244.
— pruriginosus 98.
— vegetans 150. 215.
— vulgaris (Sirsky) 530; mit vorwiegender Lokalisation an den Schleimhäuten 91.
Penicillium 340.
Penis, Fall von Strangulation (Bruck) 92.
Peptonurie bei Syphilis (Raymond) 240.
Periangioitis E.-H. III. 63.
Perifollikulitiden 491.
Perifollikulitis und Follikulitis der Spinner und Weber, über die (Leloir) 530.
Perilymphangioitisknoten 439.
Periurethritis dissecans (Matlakowski) 584.
Perniciöse Lymphodermie 293.
Petechien 312.
Pferdepocke 502.
Phagedänische Initialsklerose und schwere Syphilis (Besnier) 475.
Pharyngonasale Syphilisaffektionen, Beiträge zur Kenntnis der (Gerber) 538.
Phlebektasien an der oberen Extremität und deren Behandlung (Palmgren) 529.
Phthiriasis inguinalis 473.
Pigment, körniges E.-H. II. 37; — der Haut 483; — bei Pityriasis rubra 248.
Pigmentbildung in der Epidermis E.-H. II. 44; — in der Negerhaut, Beitrag zur Frage von der (Morison) 150. 213. 485; — nach Anwendung von Arsenik, disseminierte (Leszynski) 330.
Pigmenthaufen in den Narben der Scheidenschleimhaut 499.
Pigmentierung der Haut nach innerlichem Gebrauch von Argentum nitricum E.-H. II. 12.
Pigmentmal, Fall von tierfellähnlichem schwimmhosenartigen (Joseph) 93; (Eichhoff) 483.
Pigmentsarkom, universelles 151; Schwimmer) 236.
Pigmentsyphilid, flecken- und ringförmiges E.-H. III. 79.
Pigmentsyphilis (Maieff) 240.
Pigmentvermehrung und -verminderung 487.
Pikrinsäure, Einfluſs der auf die Haut 151.
Pilokarpiniinjektionen bei Pityriasis rubra 183.
Pityriasis simplex 282.
— alba 476.
— capitis 44.
— pilaris (Pityriasis pilaris Devergie u. Richaud), Beiträge zur klinischen Geshichte der (Besnier) 534; — intime Beziehungen des Rheumatismus acutus zur 148; — eigentliche Bedeutung des Terminus; Beschreibung zweier Fälle 147; — Beitrag zur Histologie der (Tommasoli) 246.
— — benigna 209.
— — chronica 300.
— rosea 76. 141; (Fournier) 472; (Besnier) 525; — et Ekzema seborrhoicum, Differentialdiagnose zwischen (Besnier) 475; und Magenerweiterung (Feulard) 575.
— rubra pilaris 116. 117. 144. 170. 204. 205. 209. 215. 266. 293. 316. 534; (Hallopeau) 526; (Vidal) 574. s. auch Dermatitis exfoliativa universalis.
Polypen der Harnröhre (Neuberger) 92.
Polypöses Sarkom der Vagina im Kindesalter (Kotisko) 584.
Polysarcie 584.
Polyurie und Furunkulosis (Spillmann u. Parisot) 537.
Portweinflecke 487.
Primäraffekt, syphilitischer s. Initialsklerose.
Primitivfasern der Hautnerven E.-H. II. 71.
Prostatahypertrophie und chronische Cystitis, zur Therapie der (Fehleisen) 427.
Prostituierte, chronisch-gonorrhoische Affektionen der Scheidenschleimhaut bei (Oberländer) 495; — Überwachung der 590.
Protagon 167.
Prurigo 205. 208; bei lymphatischer Anämie, über (Joseph) 373; — von Hebra, Beitrag zur pathologischen Anatomie und Natur der Elemente der (Leloir u. Tavernier) 532.
— mitis 77. 317.
— ferox 317.
Pruritus 317; bei Pityriasis rubra 179; — über die Behandlung mit heifsen Bädern 148.
— hiemalis 150.
Pseudoexanthem 295.
Pseudofluktuation 439.
Pseudoichtyosis sebacea 282.
Pseudokrusten E.-H. III. 50.
Pseudolepra, kleinere Mitteilungen über (Schweninger) 380.
Pseudoleukämie, Prurigo bei 373.
Pseudorhachitismus, über den syphilitischen 240.

Digitized by Google

Pseudosyphilid, pustulo-krustöses E.-H. III. 70.
Pseudosyphilitische Indurationen 492.
Psoriasis 141. 476. 487. 568. E.-H. II. 14; — klinische Analyse und Untersuchung von 147; — und Gelenkerkrankungen 38; — Ausschläge nach 293; — Magendilatation bei 409; — parasitärer Ursprung (Destout) 320; — Behandlung mit Hydracetin 33; mit Jodkalium 189; mit Acetanilid 316; mit Hydracetin (Oestreicher) 320; — Mitteilungen zur Therapie der (Oestreicher) 280; — und ihre Behandlung (Bulkley) 321; — insbesondere mit Hydroxylaminum muriaticum behandelt (Fabry) 321.
— palmaris (Besnier) 526; atypische (Fournier) 524.
— punctata (Fournier) 473.
Psorospermosen, über die kutanen (Darier) 234.
Psorozoen 234.
Psychosexuales Zwittertum (Krafft-Ebing) 430.
Ptomaine bei Cystinurie 43.
Purpura haemorrhagica (Hallopeau) 523; — Fall von (Bracklow) 318; — Magendilatation bei 409; — Untersuchungen und Beobachtungen über die Ätiologie und Kenntnis der (Letzerich) 312.
— neonatorum (Dalziel) 318.
— rheumatica, Fall von Gonorrhöe mit (Phillips) 318.
— urticans 318.

Quecksilber s. Hydrargyrum.

Raspe 446.
Räude bei Tieren 503; — nasse 447.
Raynaudsche Krankheit 13. 270. 365.
Regenfäule 447.
Reinfektion der Schanker 32.
Resorcin bei Akne 375.
Resorcindunstumschläge bei Ekzem 44.
Resorption des Quecksilbers im tierischen Organismus, zur Frage von der (Pinner) 284.
Respirationssystem, Ichthyol bei Erkrankungen des 587.
Rheumatismus, Ichthyol bei 588.
— gonorrhoicus (Fournier) 472; — oder Syphilis (Schuster) 287.
Rhinophyma 375; (Lassar) 376.
Rhinosklerom, Bacillen des (Melle) 38.
Ricord † 435.
Ringflechte bei Tieren 452.
Ringsyphilid E.-H. III. 80.
Röteln, Hauttuberkulose nach (Comby) 574.
Rötelnepidemie, morbilliforme (Enko) 288.
Rosacea 361. 375; — Ichthyol bei 187.
— seborrhoica 361.
Roseola, annuläre 314; E.-H. III. 85.
— tardiva E.-H. III. 80; wenn nicht tertiäre (Fournier) 522; — und Syphilide (Besnier) 519.
— scarlatiniformis 316.
— syphilitica 316.
Rubeola (Reimer) 289.
Rupia syphilitica E.-H. III. 13.
Russ 447.

Saccharomyces sphaericus 61; — reticulosus 61; — ovalis 61.
Salbenspritze 240.
Salicylquecksilberinjektionen 539.
Salicylsäure bei Fufsschweifs 42.
Samenblasenkrankheiten, zur Klinik der (Horovitz) 428.
Saprophyten der Haut, nicht pathofore 560.
Sarcoma idiopathicum multiplex cutis (Schwimmer) 90. 237.
Sarcoptes 37.
Sarkom 189; — pigmentiertes s. Pigmentsarkom; — polypöses, der Vagina im Kindesalter (Kotisko) 584.
Sarkoptesräude 503.
Scabies mit Geschwüren an der Vorhaut (Fournier) 520.
Scabiesbehandlung 320.
Scarlatina chirurgica 316.
Schafräude 503.
Schanker, harter syphilitischer s. Initialsklerose.
— weicher, Entstehung des 32; — experimentelle Untersuchungen über das Kontagium des 221; (Ducrey) 387; — Komplikationen (Petzold) 283; — bei Prostituierten 372; — auf dem Präputium, die sich aber hart anfühlen (Fournier) 474.
Scharlach 277. 295; — experimentelle Untersuchungen über (Perret) 41.
Scharlachähnliche Hautausschläge (Grindon) 316.
Scharlachartige Arzneiexantheme 293.
Scheidenschleimhaut bei Prostituierten, chronisch-gonorrhoische Affektionen der (Oberländer) 495; — narbige Atro-
Schilber 554.
phie 499.
Schimmelpilze auf der Haut 340.
Schleimhautpigment 488.
Schlempemauke 447.
Schmutzmauke 446.
Schrundenmauke 446.

Digitized by Google

Schuppenflechte ähnlicher infektiöser Hautausschlag, ein der (Baaz) 286; — bei Tieren 446. 447.
Schuppenkrusten E.-H. III. 50.
Schwangerschafts-Dermatitis 20.
Schwarze Haarzunge (Leviseur) 96. 373.
Schwarzgelbe Krankheit s. Pellagra.
Schwefelsäure-Verbrennung, Behandlung der (Ribaud) 34.
Schweflige Säure bei Favus 1.
Schweifgrind 446.
Schweifs 570. E.-H. II. 87; — lokalisierter, bei analgischem Panaritium 35.
Schweifsdrüsen, Funktion u. Sekretion der E.-H. II. 17.
Schweifsdrüsenerkrankung bei Prurigo 533.
Schwindflechten 446.
Sclerodérmie en plaques (Fournier) 524; (Besnier) 526.
Seborrhöe 554; — als Ursache der Akne 407; — u. Syphilis 476.
Seborrhoea sicca capitis 317.
— capitis, Kopfwasser bei (Liebreich) 286.
— corporis 558.
— oleosa 557.
Seborrhoische Affektionen und deren Beziehung zu einigen anderen Anomalien der Haut (Brooke) 553.
Sekundärperiode, Abortivkur der aktuellen 150.
Senkungshyperämie 368.
Sexualempfindung angeborene, konträre. Erfolgreiche hypnotische Absuggerierung homosexualer Empfindung (Krafft-Ebing) 428.
Sklerodérma circumscriptum (Morphoea) 425.
— mit Übergang in halbseitige Gesichtsatrophie, kombiniert mit Alopecia areata, Fall von partieller (Rosenthal) 332.
Skrofuloderma, über (Leistikow) 438.
Skrofulose der Haut 439; — Ichthyol bei 187.
Smegmabacillen (Welander) 429.
Sommerausschlag 446.
Sommerräude 446.
Sozojodolkalium bei Brandwunden 529.
Spätsyphilid E.-H. III. 31.
Speickseife, Kielhausers 34.
Spermatocystitis 428.
Sporozoen bei Pagets disease 234.
Stauungshyperämie 69. 279; (Unna) 357.
Stearrhoea s. Seborrhöe.
Stomatitis mercurialis et scorbutica, Behandlung mit Sublimat (de Rensi) 34.
— u. ihre Behandlung; eine noch wenig gekannte bestimmende Ursache der (Le Pileur) 241.
— pustolosa contagiosa 453.
Strangulatio penis, Fall von (Bruck) 92.
Stratum corneum der Palma manus E.-H. II. 31.
— lucidum der Palma manus E.-H. II. 36.
— mucosum der Palma manus E.-H. II. 38.
Streifen auf dem Zahnfleisch, rote (Sticker) 39.
Sublimatlösungen 33; bei Stomatitis mercurialis et scorbutica 34.
Sulfonalexanthem (Merkel) 90.
Suspensorium, ein neues (Hebra) 240.
Sykosis coccogenes 137.
— vulgaris, zur Ätiologie der (Stern) 381.
— des Bartes (Hallopeau) 523.
Syphilide, neue Studien über (Tommasoli u. Unna) E.-H. III; — der Scheide, die sekundären (Balzer) 233; — der Nase, über das akneähnliche 149. 240; — des Unterhautzellgewebes, gummöse E.-H. III. 66; — über Neuro- (Unna) E.-H. III. 75; — und Roseola (Besnier) 519.
— erythematöse, ringförmige 272.
— ulceröse E.-H. III. 68.
— papulöse, der Handteller u. gynäkologische Praxis (Unna) 480.
— tertiäre, histologische u. klinische Untersuchungen (Tommasoli) E.-H. III. 7; — des Gliedes 572; — oberflächliche (Vidal) 525; — tertiäre erythematöse (Vidal) 524; — alljährlich, periodisch im Frühjahre recidivierende tertiäre 149; — Histolologie der tertiären 151. 240.
Syphilis 314. 476. 527.
— Nomenklatur der Perioden der 150; — Dualitätslehre der 436; — Ursprung in der Herzegovina u. Bosnien (Glück) 287; — Programm des internationalen Kongresses für Dermatologie u. Syphilis in Paris 144; Bericht 201; — diagnostischer Wert der Toleranz der Jodide bei der Behandlung der 152; (Will) 327; — Jodkaliwirkung bei (Wolff) 380; — Verlauf der im vorgerückten Alter erworbenen (Renault) 578; — und Hautkrankheiten im Jahre 1888, Bericht über die Litteratur der (Finger) 32; — Verhältnis zu gewissen Krankheiten des Nervensystems, Tabes, Paralysis generalis 152. 240. (Strümpell) 581; — Peptonurie bei (Raymond) 240; — phagedänische Initialsklerose mit schwerer 475; — und Paludismus 150. 240; — und Blennorrhöe, Identitätslehre 436; — und Seborrhöe 476; — und Tuberkulose (Elsenberg) 538; — oder Tuberkulose (Hallopeau) 523; — oder Ekzema seborrhoicum (Vidal) 475; — oder Rheumatis-

Digitized by Google

mus gonorrhoicus (Schuster) 287; — Vitiligo bei (Tenneson) 526.
Syphilis des Gehirns (Parsons) 328; (Fischer) 328; bei Greisen 579; — des Auges, pathognomische Residuen der (Peltesohn) 424; — der Lungen u. Pleura (Dieulafoy) 287; — des Gesichts, über das Ektropion infolge von (Hallopeau und Wickham) 580.
— acneiformis E.-H. III. 15.
— acquisita und Keratitis interstitialis (Trousseau) 581.
— alcoholisata (Fournier) 526.
— hereditaria (Fortunet) 40; (Neumann) 150. 222; (Jacquet) 240; (Tenneson) 526; Fall von (Barthélemy) 519; (Besnier) 522; — einige Bemerkungen über (Boulangier) 580; — tardiva (Hallopeau) 572.
— maligna praecox 580.
— mutilans faciei mit Ektropium (Hallopeau) 519.
— neonatorum in der Türkei 151. 240.
— nervorum u. Lepra nervorum, Histologie der 151; des Nervensystems 590.
— secundaria ohne auffindbaren Initialaffekt (Besnier) 573; — vier Fälle von Hydarthrose bei (Gouget) 581; — Erkrankung des Ohrknorpels bei (Jullien) 582.
— tertiäre E. H. III. 13; — periodisch wiederkehrende tertiäre 221; — relative Häufigkeit der tertiären, günstige Bedingungen ihrer Entwickelung 146. 223; — Beobachtungen über Ansteckung im Verlaufe der tertiären 241; — bei einem 5monatlichen Mädchen (Besnier) 572.
— varicelliformis E.-H. III. 15.
Syphilisaffektionen, Beiträge zur Kenntnis der pharyngonasalen (Gerber) 538.
Syphilisbacillen 32.
Syphilisbehandlung. Öffentliche Prophylaxe der 147; durch die ärztliche Überwachung der Prostituierten 148. 590; Maßregeln gegen die Verbreitung der (Barthélemy) 241; Präventivkur der allgemeinen syphilitischen Infektion und Abortivkur der aktuellen Sekundärperiode 150; durch Vernichten ihrer nachfolgenden manifesten Erscheinungen (Diday) 145; — ob die S. heilbar ist und wie man sie heilen soll 149; — allgemeine Gesichtspunkte und Dauer der Behandlung 145. 223; — Wert der Lokalbehandlung (Zeisler) 327; — Frühbehandlung oder nicht? (v. Düring) 490; — mit Chinin (Dymnicki) 39; mit Hg-Tannat 150; mit subkutanen Kalomelinjektionen (Tacke) 581; mit Kalomelöl und Oleum cinereum (Löwenthal) 325; Hydrargyrum salicylicum (Hahn) 326; intramuskuläre Merkurialinjektionen (Buckmaster) 327; unlösliche Merkurialpräparate bei (Watraszewski) 384; mit Oleum cinereum (Mandry) 424; in Konstantinopel, Effekte der verschiedenen Hg-Präparate bei subkutaner Anwendung 149. 222; mit Injektionen von Thymol- und Salicylquecksilber (Welander) 539.
Syphilisformen, Recidive in situ einzelner (Portalier) 240.
Syphilisinfektion, extragenitale (Pospelow) 326; — Präventivkur der allgemeinen 150; — ungewöhnliche Art von extragenitaler (Feibes) 192.
Syphilismikroorganismen (Eve) 326.
Syphilitische Hautgeschwüre E.-H. III. 13; — Trigeminusneuralgie (Quinquaud) 476; — Epididymitis (Davis) 328; — und Venerische Anomalien 240; — Veränderung der Hautfarbe 582; — Autoinfektion — Postinitiale Infektion (Ullmann) 580; — Pseudoparalyse (Delansorne) 582.
Syphilitischer Callus E.-H. III. 64; — — Lupus E.-H. III. 22; — Pseudorhachitismus, über den (Iscovesco und Meneault) 240; — Substanzverlust am harten Gaumen; Verschluß durch plastische Operation (Burney) 328.
Syphilitisches Virus, Abschwächung durch das Quecksilber 151.
Syphilophobie, Hypnose bei 288.
Syphiloderma nodulo-g.mmosum E.-H. III. 21.
— nodulo-phlyktaenosum E.-H. III. 21.
— tuberosum E-H. III. 32.
— tuberoso-serpiginosum E-H. III. 42.
— tubero-vegetans E H. III. 54.
Syphilodermie atrophiante E.-H. III. 34.
Syphilom; temporärer künstlicher Anus als Mittel der indirekten Behandlung des anorektalen (Le Dentu) 241.
Syphiloma lympho-chondriacum 583.
Syringo-Cystadenom 221.

Tabes und Progressive Paralyse, Beziehungen zur Syphilis (Strümpel) 581.
— dorsalis und ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen (Mayer) 589.
Talgdrüsen, Sekret der E.-H II. 18. 88.
Tastkörperchen der Haut E.-H. II. 12. 69.
Technik, zur bakteriologischen (Günther) 96.
Teigmaul 452.
Teleangiektatische Ausdehnung der Kapillaren der ganzen Gesichtshaut, sowie der Haut an den Händen und Vorder-

Digitized by Google

armen; Kataraktbildung bei (Nieden) 193.
Textilfasern, Vergiftung durch gefärbte (Weyl) 76.
Therapeutische Erfolge, Mitteilungen über seine (Lassar) 375.
Tierfellähnlicher Naevus pilosus pigmentosus (Joseph) 92; — mollusciformis (Eichhoff) 483.
Thiol und Ichthyol (Lange) 2.
Thiolsalze 3.
Thioresorcin, Vergiftung durch (Ammon) 317.
Thymolquecksilberinjektionen 539.
Tonsillenschanker (Vidal) 574.
Toxische Angioneurosen der Haut 268.
Transplantation der Haut 325.
Trichofolliculitis bacterica (Michelson) 322.
Trichomanie 572.
Trichophytiasis 217. 476; (Tenneson) 522; — circinata (Hallopeau) 522; — dermica 189; — colli (Feulard) 573.
Trichophytie, Behandlung (Unna) 376. 543; — Bakteriologische Untersuchungen bei der Chrysarobinbehandlung der (v. Sehlen) 379. 547.
Trichophytische Krankheiten 145. 148.
Trichophyton-Frage, Antwort an Grawitz (Robertz) 570.
Trichophyton tonsurans 145. 217. 339. Fruktifikationsform des (v. Sehlen) 379; Sporen des 341; Pilze des 339; Überimpfung des 343.
Trichorrhexis nodosa (Hallopeau) 523; — hereditäre Verhältnisse bei (Steven) 331.
Trichotillomanie 572.
Trigeminusneuralgie, syphilitische (Quinquaud) 476.
Tripperrheumatismus 287; (Fournier) 472.
Tripperkranker mit Gelenkaffektion und typischer Hydroa (Tenneson) 477.
Trophoneurosen 151; mit acyklischem Verlaufe, entzündliche 244.
Tuberculosis narium (Tenneson) 521.
— verrucosa (Besnier) 522.
Tuberkuloide Infiltrate E.-H. III. 60.
Tuberkulose der Haut 438; — und Syphilis (Elsenberg) 538; — oder Syphilis (Hallopeau) 523; (Feulard) 573; — des Mundes (Morell-Lavallée) 574.
Typho-Syphilis 578.

Ulcères des pays chauds 475.
Ulceröse Syphilide E.-H. III. 68.
Ulcus durum s. Initialsklerose.
— gangraenosum 283.
— molle s. Schanker, weicher
— perforans pedis (Wessinger) 331.
Ulcus phagedaenicum 283.
— rodens 234; (Milroy) 330. 375. 376.
— serpiginosum 283.
— venerea 313.
Ulerythema E.-H. III. 34.
— acneiforme 134. 140.
— centrifugum 134. 139. 143. 524; Pathogenese 150; der Lippen und linken Wangenschleimhaut (Vidal) 523; — ein Beitrag zur Histologie des (Miethke) 348; — Demonstration mikroskopischer Präparate von (Schütz) 381; — Kind mit symmetrischem (Vidal) 576.
— — disseminatum, welches sich scheinbar Menstruationsanomalien anschlofs (Perrin) 240.
— ophryogenes 134. 139.
— sykosiforme, über das (Unna) 134.
Ulogranuloma syphiliticum E.-H. III. 34.
Ulogranulome E.-H. III. 34.
Unterhautzellgewebe, gummöses Syphilid des E.-H. III. 66.
Unterschenkelgeschwüre, zur Behandlung der chronischen (Coe) 188.
Urethralfieber, Beitrag zur Kenntnis des (Zuelzer) 430.
Urethritis 313 (s. auch Gonorrhöe) et Cystitis crouposa. Steinoperation. Heilung (Bokai) 92.
— chronica, Behandlung (Bender) 332; mit Salbensonden (Szadek) 332.
— externa 94.
— glandularis hypertrophica 499.
— follicularis sicca 499.
— membranacea desquamativa (Pajor) 94.
Uropoëtisches System, Ichthyol bei Erkrankungen des 587.
Urticaria 407; (Besnier) 472. E.-H. III. 85; — bei Tieren 449; — nach Morbillen 76; — nach pikrinsaurem Ammonium 318; — Magendilatation bei 409; — Mastzellen bei 33. 373; — Acetanilid bei 316.
— factitia und Erythrasma (Chambard) 576.
— pigmentosa 214; — Fall von (Doutrelepont) 372; — Bemerkungen zu einem Fall von Masern bei (Morell-Lavallée) 576.
Urticariaquaddeln 245. 363.
Uterusaffektionen bei Prostituierten 314.

Vaginitis 313.
Vakuolen bei Xanthom 583.
Varicella syphilitica E.-H. III. 13.
Varicellenfrage, ein Beitrag zur (Kluczenko) 40.
Varicen 369; an den unteren Extremitäten, Resultate der Ausschälungen von (Boennecken) 422; — an den oberen Extremitäten (Palmgren) 529.

Digitized by Google

Varicocele als Ursache der Impotenz 426.
Variola 40; — Anfang der 316; — einige Sonderheiten der 150; (Renault) 239.
Variolabehandlung (Hartge) 289; (Lewentaner) 289.
Veilchenharn nach Ichthyolgebrauch 4.
Venenkonvolute am Vorderarm, Exstirpation der 529; — an den oberen Extremitäten 422.
Venerische Krankheiten unter den Prostituierten, Verbreitung der (Neisser) 371; — und syphilitische Anomalien 240.
Verbrennungen der Haut, ausgedehnte 319; — Ichthyol bei 3. 6. 187. 317; — durch Schwefelsäure, Behandlung der (Ribaud) 34.
Verdauungstraktus, Ichthyol bei Erkrankungen des 587.
Vergiftung durch gefärbte Textilfasern (Weyl) 76.
Vorhornung 310; — abnorme 533. 535.
Verluste, insensible 283. 284.
Verrucae planae juveniles (Tenneson) 471; (Besnier) 520.
— vulgares, zur Bakteriologie der (Kühnemann) 17; — kleinere Mitteilungen über (Schweninger) 380.
— confluentes (Gémy) 584.
Versammlung deutscher Naturforscher s. Naturforscherversammlung.
Vestre-Hospital, Berghs Jahresbericht für 1888. 313.
Veterinär-Dermatologie in den letzten Jahren. Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der (Müller) 446. 502.
Vitiligo 375. 487; bei einem Syphilitischen (Tenneson) 526.
Vulvitis 313.
Vulvovaginitis 391; kleiner Mädchen 32.

Wabengrind bei Tieren 451.
Wallungshyperämie 69. 357; — der Haut 266.
Wannenbäder, Einfluſs auf die insensiblen Verluste durch Haut und Lungen (Draispul) 284.
Warzen, Untersuchungen über 17; — dicht gedrängt stehende (Gémy) 584.
Wasseraufnahme durch die Haut E.-H. II. 54.
Weidenbaumsche Salbe 289.
Weichselzopf 446.
Werlhofsche Krankheit s. Purpura haemorrhagica.
Winterpurigo, über die Natur und Behandlung der 148.
Wollene Wäsche, Einfluſs auf die Hautperspiration (Lasarew) 283.
Wuchernde Geschwüre (Comby) 475.

Xanthoma multiplex, kompliziert mit Leberleiden (Polyak) 329.
— diabeticum (Besnier) 571; — Beitrag zur Histologie des (Gallemaerts und Bayett) 583.
Xeroderma pigmentosum (Quinquaud und Thibierge) 222.
Xerodermia s. Lichen pilaris (Brocq) 525.
Xerodermie 205.

Zahnfleisch, rote Streifen auf dem (Sticker) 39.
Ziegenräude 503.
Zona mediana der Haut E.-H. II. 37.
— ophthalmiaca (Vidal) 527.
— traumatica paradoxa (Besnier) 475.
— traumatique par transfer 475.
Zoster 101. — im Anschluſs an die intramuskuläre Injektion von Hydrargyrum salicylicum (Touton) 377; — längs der Hautgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den akuten Exanthemen, Verbreitung des (Pfeiffer) 477.
— gangraenosus und Zoster hystericus, über atypischen (Kaposi) 531; — recidivus 531.
— paradoxus (Besnier) 475.
Zunge, über die kreisförmige Exfoliation der (Bayet) 482.
Zungenschanker (Vidal) 574.
Zungenschleimhauterkrankungen, über (Dinkler) 373.
Zwittertum, psychosexuales (Krafft-Ebing) 430.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Namenregister.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die römischen Zahlen beziehen sich auf die Ergänzungshefte. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abernethy E.-H. II. 54.
Ackermann 450.
Adamkiewicz 589.
Adams 453.
Addison 582.
Albrecht 447. 504. 505. 506.
Alföldi 77.
Allemanni 450.
Amicis, de, Seltener Fall eines wahren idiopathischen multiplen Keloides bei einer nervösen Frau 147. 211.
— 208. 209. 212. 241. 387. 392. 402.
Amon, H., Ein Vergiftungsfall durch Thioresorcin 317.
Anacker 505.
Andeer, J. 47.
Anderson, M'Call, Allgemeine Gesichtspunkte und Dauer der Behandlung der Syphilis 227.
— 145. 214. 227. 230. 316. 439. E.-H. III. 20. 24.
Anderson, W. 318.
André 451.
Andronico 581.
Antal, G. von, Eine Haarnadel in der Harnblase 429.
— Auswaschung und Ausspritzung der Blase 93.
Arloing 41.
Arning, Mitteilungen über Lepra mit Demonstration von Gipsabgüssen 47.
— 232. 324. 376. 379. 518.
Arnozan, Über Elephantiasis 147.
— Gefäfsveränderungen bei der Asphyxia localis 212.
Arsonval, d' 443.
Ashby 32.
Auber 236.
Aubert 32. 391. 400. 401.
Aufhammer 303.
Augagneur 320.
Auspitz 244. 246. 268. 279. 362. 363. 401. E.-H. II. 7.
Axe 503.

Baaz, H., Ein der Schuppenflechte gleichender Hautausschlag mit infektiösem Charakter 286.
Babes 239.
Babesiu 480.
v. Baerensprung 193. 484. E.-H. II. 62.
Bäumler E.-H. III. 15. 29. 71.
Bakewell, R. H., Cashewöl bei Lepra 85.
Balfour 436.
Balzer, Die sekundären Syphilide der Scheide 233.
— 232. 410. E.-H. III. 18. 31. 53.
Balzer, F., 342. 344.
Baransky 449.
Bardach 377.
Barduzzi 400.
Baretta 142. 202. 203. 241.
*Barthélémy, Ätiologie und Behandlung der Akne 147. 212. 406.
— Öffentliche Prophylaxe der Syphilis 147. 241.
— Syphilis hereditaria 519.
— 97. 141. 143. 575. E.-H. III. 18. 31. 53.
Bartholini 498.
Bary, de 405. 527.
Bassereau 436. E.-H. III. 15.
Bateman 75. 106. 217. 477.
Baumann 43.
Baumgarten E.-H. III. 40.
Baxter, B. 172. 173.
Bayer 452.
Bayet und Gallemaarts, Beitrag zur Histologie der Xanthoms 583.
Bayett, A., Über die kreisförmige Exfoliation der Zunge 482.
Bazin 23. 30. 97. 98. 99. 106. 107. 205. 212. 294. 316. 438. 521. E.-H. III. 19. 63.
Beck 505.
Béclard E.-H. II. 50.
Behrend, Demonstration von Haaren bei Alopecia areata 47.
— 281. 534. 550. E.-H. III. 13.
Bell, Benj. 436.

Digitized by Google

Bender, Behandlung der chronischen Gonorrhöe 332.
— 378.
Beniqué 332.
Beresow 453.
Berg 450.
Berger 426.
Bergh, R., Jahresbericht des Vestre-Hospital 313.
— E.-H. III. 80.
Bernard 161.
Bernstein 66. 276.
Besnier, E., Lupus pernio-faciei 524.
— Psoriasis palmaris 526.
— Sklerodermia „en plaques" 526.
— Lähmung des M. orbicularis d., Ektropium, Lagophthalmus 526.
— Acné pilaire cicatricielle 527.
— Beiträge zur klinischen Geschichte der Pityriasis rubra pilaris (Pityriasis pilaris Devergie u. Richaud) 534.
— Pityriasis rosacea 525.
— Lippenschanker 474.
— Herpes zoster 475.
— Trichophytiasis 476.
— Vieldeutige Diagnose 476.
— Alopecie cicatricielle innominée 475.
— Alopecia simplex 331.
— Alopecie cicatricielle 519. 520.
— Urticaria 472.
— Erythema nodosum chron. 472.
— Idiosynkrasie gegen Jodkalium 472.
— Blaue Flecke durch Pediculi pubis 473.
— Lupus tuberculosus acutus nodularis disseminatus 474.
— Phagedänische Initialsklerose m. schwerer Syphilis 475.
— Differentialdiagnose zwischen Ekzema seborrhoicum und Pityriasis rosea 475.
— Tuberculosis verrucosa 522.
— Lichen ruber planus multiformis 523.
— Roseola u. Syphilide 519.
— Verucae planae juveniles 520.
— Lues hereditaria 522.
— Glossitis exfoliativa marginata 523.
— Extragenitaler Schanker 575.
— Xanthoma diabeticum 571.
— Syphilis bei einem 5monatlichen Kinde 572.
— Sekundäre Syphilis ohne auffindbare primäre Infektion 573.
— 33. 38. 97. 117. 119. 121. 122. 131. 134. 135. 143. 144. 204. 205. 207. 211. 218. 219. 236. 293. 295. 438. 441. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 526. 527. 536. 540. 543. 545. 568. 572. 573. 574. 575. 578. E.-H. III. 30.
Bey, H., Syphilis in Konstantinopel; Effekte der verschiedenen Hg-Präparate bei subkutaner Anwendung 149.
Bezold 66.
Biesiadecki 122.
Biett 554. 561. E.-H. III. 15.
Billroth 193.
Biondi 33.
Birjukow 514. 516.
Bischoff E.-H. II. 60.
Bizzozero 61. 322.
Blanc, H. W., Lepra in New Orleans 80.
Blaschko, Über den Verhornungsprozefs 48.
— 76. 281. 282. E.-H. II. 11. III. 46.
Bloxam 327.
Bockhart, M. 265.
Boeck. C., Über Akne frontalis s. necrotica 191.
— 204. 206. 208. 230. 232. 235. 414. 420. 536. 537. E.-H. III. 81,
Boczkowski 452.
Boek 118. 454.
Böhmer 347.
Boennecken, Über die Resultate der Ausschälungen von Varicen an den unteren Extremitäten 422.
Boer 507.
Böttger 504.
Bogencz 452.
Bohn 33.
Boisse 446.
Bókai, I., Fall von Calculus urethralis-Extractio. Urethritis et Cystitis crouposa-Steinoperation. Heilung 92.
Bolle 449.
Bollinger 83.
Bonnafont 585.
Bonné 393.
Born 507.
Bouchard 212. 408.
Boucher 452.
Bouillot 451.
Boulangier, Einige Bemerkungen über die hereditäre Syphilis 580.
Bourdillon, Psoriasis und Gelenkerkrankungen 38.
Bourgeois 451.
Bowman E.-H. II. 67. 70.
Bracklow, E. A., Fall von Purpura haemorrhagica 318.
Bräuer 452. 503.
Bräutigam, W. 449.
Brefeld 469.
Brieger, L. u. M. Stadthagen, Über Cystinurie 43.
— 71.
*Brocq, L., Zur Frage von den allgemeinen, mit Röte und Schuppung einhergehenden Exanthemen der Haut 293.
— Über die Dermatitis herpetiformis Duhrings. IV. Teil. 20. 69.
— Xerodermia pilaris 525.
*— Über die derzeitige Stellung der amerikanischen Ärzte zum Lichen ruber 534.

Digitized by Google

Brocq, L. 36. 97. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 110. 112. 116. 119. 120. 123. 125. 128. 134. 141. 144. 172. 204. 209. 210. 214. 216. 217. 245. 246. 316. 534.
Brodemann 505.
*Brooke, H. G., Über seborrhoische Affektionen und deren Beziehungen zu einigen anderen Anomalien der Haut 553.
— 24. 347. 348.
Bruck, M., Fall von Strangulatio penis 92.
Brücke E.-H II. 16.
Brun, de, Hautaffektionen des Denguefiebers 314.
Brunn, v., Zur Ichthyolbehandlung des Erysipels 38.
Brus, R. de, 436.
Buday, Aktinomykosis hominis 191.
Bulkley, L. D., Klinische Untersuchung und Analyse von 1000 Psoriasisfällen 147.
— Pityriasis rubra 147.
— Nomenklatur und Klassifikation der Hautkrankheiten 147.
— Wert von oft wiederholten Dosen Arsenik bei bullösen Hautkrankheiten, namentlich bei Kindern 319.
— Psoriasis und ihre Behandlung 321.
— Alopecia areata 331.
— 22. 31. 70. 73. 104. 107. 144.
Bumm 50. 54. 55. 61. 95.
Bumstead 392.
Bunel 20.
Burdach E.-H. II. 69.
Burke 453. 503.
Burney, Mc, Syphilitischer Substanzverlust am harten Gaumen; Verschluſs durch plastische Operation 328.
Butte, Über eine neue Behandlungsmethode des Herpes tonsurans 145. 217.
— Prophylaxe der Syphilis durch ärztliche Überwachung der Prostitution 148.
— 145.
Buzzard 320.
Buzzi, F. 155. 156. 158. 159. 160. 164. 168. 303. 347. 354. 356. 357.

Calvelli, Behandlung des Erysipels 322.
Campana, R. Trichophytiasis dermica 189.
— 392. 394. 401. 402. E.-H. III. 20. 21. 27. 32. 51. 54. 72.
Cantani 387.
Capitani 506.
Carter, H. V., Einige Bemerkungen über die Verhütung der Lepra mittels Isolierung 89.
Caspary, Über Anfangszeichen der hereditären Syphilis 48.
Casper 332. 378.
Cassis, V. de 426.
Castel, du 230.
Castelo, Eus. 221. 230.
Catane, L. de 393.
Cazenave 104. 150. 436. 561.
Chambard, Urticaria factitia (Dermatoneurose stéreographique) und Erythrasma 576.
Charon und Gevaert, Lupus auf der Fuſssohle eines 5jährigen Kindes 577.
Chausit 21. 23.
Chauveau, Veränderungen der Hautfärbung bei einem Syphilitischen im sekundären Stadium 582.
Chiari, Weitere Beiträge zur Lehre von der Orchitis variolosa 47.
Christmas, de 405.
Clapham, W. de 23.
*Clasen, E., Wo ist heutzutage die Anwendung des Paquelins in der dermatologischen Praxis unumgänglich? 431.
*— Natriumsulfhydrat 541.
— Referate 44. 529.
Coe, A. S., Behandlung des chronischen Beingeschwürs 188.
Cöster 452.
Cohnheim 14. 66. 266. 270. 275. 363.
Collin 580.
Colson 97.
Comby, J., Wuchernde Geschwüre 475.
— Hauttuberkulose nach Röteln 574.
Contamine 450.
Corlett, Natur und Behandlung der Winterprurigo 148.
Cornil E.-H. III. 28.
Cottle, W. 22. 23. 30. 31. 70. 73. 75.
Coulom 450.
Councilmann 405.
Cozzolino 32.
Crocker, R., Intime Beziehungen des akuten Rheumatismus und der Pityriasis rubra 148.
— 25. 31. 107. 144. 145. 181. 210. 213. 215. 558. E.-H. III. 19. 20.
Cruyl, Eine neue subkutane Hg-Injektion 148. 222.
Cucca 32.
Cullerier 436.
Curschmann 269.
Czokor 506.

Dalziel, Purpura neonatorum 318.
— 330.
Damman 446.
Damien 85.
Danielsen 232. 414. 454. 420.

Digitized by Google

Darier, Über die kutanen Psorospermosen 234.
— Histologie des Haares bei Alopecia syphilitica 520.
— 220. 234. 235. 236. 238. 471. 475. 573.
Davis, G. W., Syphilitische Epididymitis 328.
Deahna 65.
Debris, Trichophytische Dermatosen 148.
— 145.
Delacour 145. 146.
Delamotte 452.
Delansorne, A., Syphilitische Pseudoparalyse (Parrotsche Krankheit) 582.
Deligny, Behandlung einiger Fälle von Pruritus mit heifsen Bädern 148.
Demme 590.
Dentu, Le, Die Muskelsyphylome vom chirurgischen Standpunkte 241.
— Uber den temporären künstlichen Anus als Mittel der indirekten Behandlung des ano-rektalen Syphiloms 241.
Desprès 438.
Desruelles 436.
Destout, Parasitärer Ursprung der Psoriasis 320.
Devergie 116. 117. 118. 120. 121. 122. 130. 131. 171. 179. 205. 206. 207. 208. 211. 293. 436. 534. 536.
Diday, P., Behandlung der Syphilis durch Vernichten ihrer nachfolgenden manifesten Erscheinungen 145.
— 224. 227. 230. 400. 473.
Didier 393. 436.
Dieckerhoff 446. 447. 448. 449. 450. 451. 453. 502. 503. 507.
Dieulafoy, Über Syphilis der Lungen und der Pleura 287.
Dill E.-H. II. 54.
Dinkler, Über Erkrankungen der Zungenschleimhaut 198. 373.
— 371. 374. 382.
Dittel, von 428.
Dochal 505.
Dotter 504.
Doutrelepont, Über einen Fall von Urticaria pigmentosa 372.
— 371. 373. 374. 376. 531.
Doyon, A. 22. 97. 141. 473. 590. E.-H. III. 30.
Draispul, Der Einfluſs von Wannenbädern auf die insensiblen Verluste durch Haut und Lungen 284.
Drale, B., Über intramuskuläre Merkurialinjektion bei Syphilis 327.
Dreckmann, Referat 528.
Drysdale, Tertiäre Syphilis 147. 223.
— 145. 146. 147. 220.
Dubois-Havenith, Referate 482. 532. 534. 557. 580.
— 207. 231.
Dubreuilh, Über die Dermatitis herpetiformis Duhrings 36.
— 234.
Duchenne 329.
Duclaux 339. 340. 342. 343. 344. 345. 470. 571.
* Ducrey, Aug., Experimentelle Untersuchungen über den Ansteckungsstoff des weichen Schankers und über die Bubonen 387. 221.
— 235.
* Düring, E. von, Fall von Lichen ruber acuminatus 113.
* — Brief aus Konstantinopel 140.
* — Frühbehandlung der Syphilis oder nicht 490.
— Zwei Fälle von Gangrän der äuſseren Hautdecken 426.
— 142.
Duhring, W. 20. 23. 36. 73. 75. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 214. 215. 217. 233. 243. 244. 245. 246. 521. 560. 568.
Duncan, W. A. 71.
Dunn, J. H., Klinischer Vortrag über Lepra 78.
Dupuytren 435.
Dutrochet E.-H. II. 69.
Dymnicki, Chinintherapie in einigen schweren Fällen von Syphilis 39.

Eberbach 503.
Eckart, A., Referate 33. 43. 90. 92. 189. 191. 288. 289. 317. 318. 330. 384. 428.
Ecklund 320.
Eggeling 448. 450. 453.
Ehrlich, P. 429. 550.
Eichbaum 503.
*Eichhoff, P. J., Ein Fall von tierfellähnlichem Naevus pilosus molluciformis 483.
— 381.
Eichhorn E.-H. II. 49.
Ellenberger 453. 505.
Elliot, G. T. 107. 534.
Elnos 507.
Elsenberg, Syphilis und Tuberkulose 538.
— Über den Favuspilz 321.
— 33. 50. 373.
Emery, Scabiesbehandlung 320.
Engelstedt 324.
Enko, Eine morbilliforme Rötelnepidemie 288.
Eraud, Über Injektionen bei Gonorrhöe 94.
— Blennorrhagie des Weibes 148. 240.
Ernst 380.
Esmarch 376.
Esser 504.

Digitized by Google

Eulenburg 153. 157.
Euthyboule, Das akneähnliche Syphilid der Nase 149. 240.
— Fall von alljährlich, periodisch, im Frühjahr recidivierendem tertiären Syphilid 149. 221.
— Fall von allgemeiner, polymorpher Akneeruption 149.
Eve, F. S., Syphilismikroorganismen 326.
Exner 64.

Fabry, Joh., Klinisches und Ätiologisches über Favus 532.
— Zur Behandlung der Psoriasis, insbesondere mit Hydroxylaminum muriaticum 321.
Fagge, H. 23. 171.
Falcone, Ansichten Hardys über die Pathologie der Hautkrankheiten 149.
— Ob die Syphilis heilbar ist und wie man sie heilen soll 149.
— Klinische Fälle von eigentümlicher Bedeutung 149.
Falconer E.-H. II. 53.
Fehleisen, Zur Therapie der Prostatahypertrophie und chronischen Cystitis 427.
Feibes, E., Ungewöhnliche Art von extragenitaler Syphilisinfektion 192.
Fernbach 345.
Ferrari 393. 400. 401. 402.
Fessler, Jul., Aktinomykose 383.
Feulard, H., Erythema induratum 521.
— Tuberkulose 573.
— Trichophytiasis colli 573.
— Pityriasis rosacea und Magenektasie 575.
— 202. 203. 217. 234. 241.
Finger, E., Bericht über die Litteratur der Syphilis und der Hautkrankheiten im Jahre 1888 30.
— 32. 33. 241. 388. 389. 392. 401. 402. E.-H. III. 16.
Fink, Referate 34. 39. 94.
— E.-H. II. 15. III. 11.
Fischer, E. D., Gehirnsyphilis 328.
Fischer, L., Ein Beitrag zur Kenntnis des Keloids 479.
Flamerdinghe, v., Zur Therapie der Hydrocele 43.
Fleiner, Über Ekzema chronicum universale 198.
— Beiträge zur Therapie der chronischen Gonorrhöe 377.
— 371. 376. 378. 382.
Flemming, W. 444.
Flügge 50. 61.
Foley, G. L., Über den Einfluß der Beschäftigung bei Hautkrankheiten 290.
Fomin 451.
Fontin, Bakteriologische Untersuchung der Kleidung Kranker 284.
Fordyce 324.
Fortunes, D. de, Syphilis hereditaria 39.
Fournier, A., Pityriasis rosea 472.
— Psoriasis punctata 473.
— Mann mit mehreren weichen Schankern auf dem Präputium, die sich aber hart anfühlen 474.
— Herpes genitalis 473.
— Hauttuberkulose 519.
— Späte, wenn nicht tertiäre Roseola 522.
— Sclérodermie en plaques 524.
— Scabies und Geschwüre der Vorhaut 520.
— atypische Psoriasis der Handrücken 524.
— Syphilis alcoholisata 526.
— Tripper mit Rheumatismus gonorrhoicus 472.
— Gumma im M. tibialis anticus 575.
— 142. 146. 216. 222. 224. 225. 227. 297. 400. 436. 473. 474. 476. 477. 519. 520. 521. 522. 523. 525. 572. 573. 574. 575. 576. E.-H. III. 11. 17. 18. 24. 26. 28. 32. 80.
Fournier, H. Referat 36.
Fox 534.
Fox, Colcott 107. 560. 568.
Fox, G. H., Zur Behandlung der Akne 321.
— 104. 107.
Fox, Th. 98. 99. 107. 131. 263. 264. 265. 554. E.-H. III. 19.
Frank, Joseph 20.
Franke, F., Über Hautverpflanzung 95.
Frédéricq 39.
Frensberg 63.
Freudenberg, A., Über die Anwendung der Kokainanästhesie bei der Blasensteinzertrümmerung 427.
Frey, Ludwig, Zur Therapie des chronischen Blasenkatarrhs 42.
Friedberger 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 502. 503. 505. 506.
Friedheim, L., Behandlung der akuten Gonorrhöe 48.
— Zur Injektionsbehandlung der akuten Gonorrhöe 585.
Friedländer 16.
Frohner 446. 447. 448. 449. 450. 451. 453. 502. 503. 505.
Fühling 448.
Fünfstück 449. 503.
Fürstenberg 503.
Funk, Referate 39. 538. 585.

Gale, St. 23. 24. 31. 69. 70. 73.
Galen 106.
Gallemaerts u. Bayet, Beitrag zur Histologie des Xanthoms 583.

Digitized by Google

Gaucher, Pathogenie der Ekzeme, besonders bei den Kindern 237.
Gaultier E.-H. II. 69.
Gawalowski, A., Kielhausers Speickseife 34.
Gay E.-H. III. 20.
Geber 241. 263. 354. 356. 357.
Gémy, Über dichtgedrängt stehende Warzen 584.
— 32. 400.
Genser, v., Schwere Rhachitis, absolute Zahnlosigkeit, Lichen pilaris und Akne cachecticorum 537.
Gerber E.-H. II. 70. 84.
Gerber, P., Beiträge zur Kenntnis der pharyngonasalen Syphilisaffektionen 538.
Gergens 63.
Gerheim 95.
Gerlach 448. 503. 504. E.-H. II. 43. 72. 73. 74. 76.
Gevaert u. Charon, Lupus auf der Fufssohle eines 5 jährigen Kindes 577.
Gibert 20. 436. 437. 472. 524.
Gibier 400.
Giel 503.
Gilbert 212. 410.
Gips 503.
Giren 41.
Globig 96.
Glück, Volkstümliche Behandlung der Syphilis in Bosnien und der Herzegovina 48.
— Über das Alter, den Ursprung und die Benennung der Syphilis in Bosnien und der Herzegovina 287.
Gmelin 280.
Göttermann 450.
Goltz 63. 67. 276.
Goto, M., Lepra 85.
Gottheil 319.
Gottstein 154. 169.
Gouget, A., Vier Fälle von Hydarthrose im sekundären Stadium der Syphilis 582.
Goux 453.
Gram 17. 18. 260.
Graucher 328. 329.
*Grawitz, P., Bemerkungen zu der Abhandlung von Roberts: Untersuchungen über Reinkulturen des Herpes tonsurans-Pilzes 469.
— 339. 340. 342. 405. 470. 503. 569. 570.
Grew, H. G. M., Über Lepra auf den Hawaiinseln 80.
Grimm 506.
Grindon, J., Scharlachähnliche Hautausschläge 316.
Grosswendt 452.
Grube, Über ein eigentümliches Exanthem 425.
Gruby 339.
Gründler, H,. Referate 532. 537. 539. 540. 585.
Grünfeld, Endoskopische Befunde nach Tripperinjektionen 48.
— 92. 585.
Günther, C., Zur bakteriologischen Technik 96.
— Die wichtigsten Vorkommnisse des Jahres 1888 auf dem Gebiete der Bakteriologie 590.
Guerin, A. 220.
Gutteling, Jodkalium bei Psoriasis 189.
Guttheil 32.
Guttmann, P., Über Hydracetin 33.
— 280. 550.
Guyon 426.

Haarstick 452.
Hable 452. 405.
Haenens, d', Pemphigus acutus epidemicus 532.
Hahn, Über Hydragyrum salicylicum 326.
Hallier 393.
Hallopeau, Syphilis mutilans faciei mit Ektropium 519.
— Herpétide exfoliatrice généralisée 521. 527.
— Trichophytiasis circinata 522.
— Purpura haemorrhagica 523.
— Sykosis des Bartes u. Erythema circinatum 523.
— Akne u. Ekzema seborrhoicum 524.
— Pityriasis rubra pilaris 526.
— Herpes recidivus 525.
— Lupus elephantiasticus et vegetans 527.
— Syphilis u. Seborrhöe 476.
— Verfärbte Narben nach Favus 472.
— Pagetsche Krankheit 522.
— Tuberkulose oder Syphilis 523.
— Trichorrhexis nodosa 523.
— Ekzema seborrhoicum 520.
— Fall von Lepra 77.
— Über eine neue Form von pustulöser Dermatitis mit exzentrisch weiter schreitenden Herden 233.
— Fall von Lymphodermia scarlatiniformis, der wahrscheinliche Anfang der Mykosis fungoides 236.
— Akne sebacea concreta 471.
— Gumma des Gliedes, das einen harten Schanker vortäuschte 572.
— Alopecie, hervorgerufen durch krankhaftes Kratzen 572.
— Syphilis hereditaria tarda 572.
— Lichen planus sclerosus 573.
— 117. 142. 144. 204. 208. 219. 234. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 520. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 572. 575.
— und Wickham, Über das Ektropum infolge von Gesichtssyphilis 580.

Digitized by Google

Handford, H., Scleroderma circumscriptum (Morphoea) 425.
Hansen, A. 89. 291. 292. 414. 515.
Hardy 21. 149. 203. 212. 213. 241. 316. E.-H. III. 18. 19. 24. 26.
Harlingen, A. van, Bericht über drei Leprafälle 82.
Harrington 550. 551.
Hartge, Al., Variolabehandlung 289.
Haselbach 448.
Haslam 453.
Haslund 224. 227.
Hassal E.-H. II. 40.
Hassan-Mahmud 21.
Haubner 446. 447. 448. 449. 450. 451. 453. 502. 503.
Hauptmann 393.
Hebra, F., 22. 24. 40. 44. 72. 97. 98. 99. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 124. 129. 130. 131. 133. 171. 175. 179. 182. 184. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 233. 265. 269. 293. 295. 300. 302. 339. 349. 365. 532. 533. 534. 536. 537.
*Hebra, H. von, Ricord † 435.
*— Bemerkungen zur Streitfrage bezüglich der Duhringschen Krankheit 243.
— Ein neues Suspensorium 240.
— 129. 179. 212. 220. 241. 251. 357.
Hecin, Krätze mit abnormen Verlauf 36.
Heidenhain 65. 66. 268. E.-H. II. 17.
Heiss 448.
Helferich 529.
Henderson 340.
Hengst 453.
Henle 347. 348. E.-H. II. 8. 10. 34. 39. 46. 57. 70. 77. 87.
Henninger 506.
Hering 447. 448. 449.
Hermet, Veränderung des Ohres bei verschiedenen Hautkrankheiten 239.
Hertwig 447. 452. 505.
Herxheimer, Eigentümliche spiralige Fasern zwischen den Zellen der Stachelschicht der Epidermis der Menschen 47.
Hesse 159. 160.
Heulz E.-H. III. 53.
Higgens, Ophthalmia blennorrhagica 332.
Hill, v., Diphteritische Geschwüre am Perineum 329.
Hinks 585.
Hirschler, A., u. A. Irsai, Pemphigus vulgaris mit vorwiegender Lokalisation an den Schleimhäuten 91. 191.
Hobeck 506.
Hoffmann, L., Referate 33. 35. 38. 43. 44. 76. 91. 92. 95. 96. 187. 188. 192. 193. 194. 282. 284. 285. 286. 288. 290. 320. 322. 323. 325. 326. 332. 383. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 529. 536. 581.
— 281.
Hoffmann, v. 2. 5.
Hoffmann u. Lange, Beobachtungen über das Ichthyol nach 3jähriger Anwendung 187.
Hofmeister 505.
Hoppe-Seiler 161. 167. 168.
Horand 40. 149.
Horovitz, M., Zur Klinik der Samenblasenkrankheiten 428.
Horteloup 400. 401.
Houlky-Bey, Syphilis in Konstantinopel; Effekte der verschiedenen Hg-Präparate bei subkutaner Anwendung 149. 222.
Hucque 450.
Hüppe 188.
Hueter 536.
Hughes, L. H., Urticaria nach pikrinsaurem Ammonium 318.
Humbert 400.
Hunter, J. 192. 436. E.-H. II. 50.
Hutchinson, J., Seltene Formen des Lupus 149.
— Verschiedene Hybridformen von Hautkrankheiten 150.
— Klinische oder natürliche Klassifikation der Hautkrankheiten 150.
— 25. 223. E.-H. III. 80.
Hyde, J., Auf die Statistik der Hautkrankheiten in Amerika basierte Beobachtungen 150. 238.

Jacobi, Über die gonorrhoische Vulvitis der Prostituierten 48.
— 504.
Jaque 427.
Jaquet, Polymorphe Bromeruption 213.
— Epithelioma cysticum benignum der Haut 238.
— Hereditäre Syphilis 241.
— 202. 220. 238.
Jadassohn, Demonstration von Kulturen von Favuspilzen 47.
— Über die Diagnose der Urethritis posterior 48.
— 539.
Jaffé 280.
Jamieson, Behandlung des oberflächlichen Hautepithelioms bei inoperabler Ausbreitung 150.
— 144. 204. 210. E.-H. III. 20.
Jamin, R. 426.
Janovsky 241.
Jehlin 450.
Jewsejenko 448.
Ihle, M. 376. 378.
Immelmann 453.
Ingra 32.
Johne 448.
Jones, H. C., Ausgedehnte Verbrennung der Haut, Heilung 319.
Joseph, L. 71.
Joseph, M., Über akutes umschriebenes

Digitized by Google

Ödem der Haut und paroxysmale Hämoglobinurie 48.
Joseph, M., Schwimmhosenartiger tierfellähnlicher Naevus piliferus pigmentosus 92.
— Prurigo bei lymphatischer Anämie 198. 373.
— 378. 379.
Joung E.-H. II. 54.
Jourdan 436.
Irsai, A., u. A. Härschner, Pemphigus vulgaris mit vorliegender Lokalisation an den Schleimhäuten 91. 191.
Isaac, Fall von Ichthyosis 281.
— 281. 282.
Iscovesco u. Meneault, Über den syphilitischen Pseudorhachitismus 240.
Jullien, L., Über eine Erkrankung des Ohrknorpels im sekundären Stadium der Syphilis 582.
— 227.

Kairer 503.
Kaiser 504.
Kalindero, Lepra in Rumänien 239.
— Idiopathisches Hautsarkom 239.
— 232. 241.
Kaposi, M., Über atypischen Zoster gangraenosus u. Zoster hystericus 531.
— Bemerkungen über die jüngste Zosterepidemie 47.
— Vorstellung eines Kranken mit Lepra anaesthetica neben Lues 48.
— Über einen Fall von akuter letaler Quecksilbervergiftung durch subkutane Injektion von Oleum cinereum 48.
— Über Lichen ruber 204.
— 1. 72. 97. 115. 116. 117. 118. 119. 122. 124. 129. 130. 131. 133. 144. 151. 204. 206. 207. 208. 210. 211. 212. 213 214. 215. 217. 230. 236. 237. 239. 241. 268. 293. 356. 357. 439. 480. 522. 523. 533. 555. E.-H. II. 16. 17. 18. 19. III. 14. 28. 30. 57. 59.
Kappesser, Behandlung des Panaritiums 35.
Kaurin, Lepra 323.
Kehm 504.
Kezmarszky, T., Extraktion eines Fremdkörpers aus der Blase nach schneller Erweiterung der Harnröhre 93.
Kiel, Über Favuspilze 47.
King 580.
Klein 21. 41.
Kleinknecht 95.
Klemensiewicz 15. 275. 362.
Klingau 505.
Klotz, J., Zur endoskopischen Behandlung der chronischen Gonorrhöe 48.
Kluczenko, Ein Beitrag zur Varicellenfrage 40.
Koch 447.
Koch, Rob. 262. 340. 469. 470.
Kocher 312.
Kocourek 505. 507.
Köbner, H. 21. 22. 25. 71. 124. 132. 133. 207. 280. 281. 282. 523.
Köllicker 346. 347. 488. E.-H. II. 8. 34. 37. 40. 41. 58. 60. 61. 70. 72. 73. 74. 76. 79. 81. 82.
König 504.
Kogerer, v., Antipyrin-Exanthem 532.
Kohn, Beitrag zur Jodoformdermatitis 90.
— 479.
Kolesnikow 504.
Kollmann E.-H. II. 11.
Kopp, K., Über die Anwendung der Ichtyolpräparate in der Dermatotherapie 316.
— 450. E.-H. III. 17. 23. 72.
Koslowsky 454.
Kotisko, A., Das polypöse Sarkom im Kindesalter 684.
Kowalewski 452.
Krafft-Ebing, Angeborene konträre Sexualempfindung. Erfolgreiche hypnotische Absuggerierung homosexualer Empfindungen 428.
— Über psychosexuales Zwittertum 430.
Kranzfeld, J., Hydrargyrum salicylicum 33.
Kraus 388.
Krause, W., E.-H. II. 8. 12. 13. 32. 37. 40. 47. 50. 51. 52. 53. 57. 61. 67. 70. 91. 92. 94.
Kretschmar 505.
Kroell, H., Zur Therapie des Erysipels, speziell dessen mechanische Behandlung 325.
Kronecker, Über Myositis ossificans 95.
Krowczynski 581.
Küffner 447.
Kühne 17. 18.
*Kühnemann, Georg, Zur Bakteriologie der Verruca vulgaris 17.
— 357. 380.

Laffore 69.
Lagneau 436.
Lailler 205. 219. 410. 472. 473. 474. 476. 519. 520. 524. 572. 573. 574. 575. 576.
Lancereaux 78. 231.
Landau 67.
Landouzy, Beobachtungen über Ansteckung im Verlaufe der tertiären Syphilis 241.
— 475.
Lang, Ed. 241. 263. 424. 580. E.-H. III. 60. 64. 72.
*Lange, Max, Thiol u. Ichthyol 2.

Digitized by Google

Lange, Max, u. v. Hoffmann, Beobachtungen über das Ichthyol nach 3jähriger Anwendung 187.
Langerhans 303.
Langlebert 145. 146. 227. 230.
Langmore 329.
Lanz 151.
Laporte 507.
Lasarew, W., Der Einfluſs wollener Wäsche auf die Hautperspiration 283.
Lassar, O., Klinische Wachspräparate 47.
— Über Rhinophyma 198. 376.
— Mitteilungen über seine therapeutischen Erfolge 375.
— 76. 96. 376. 422. 476.
Latschenberger 65.
Lazansky, Zur Keratohyalinfrage 48.
Leber 405.
Lee, Benj., Welche sollte die Stellung der Staatsgesundheitsbehörden der Lepra gegenüber sein? 78.
— 147.
Lefebore, Ekzem der Flachsspinner und Flachsbrecher 37.
Lehmann E.-H. II. 59.
— O., Molekularphysik 282.
Lehnert 450.
*Leistikow, Leo, Über Skrofuloderma 438.
— 393.
Leloir, H., Über die Folliculitis u. Perifolliculitis der Spinner und Weber 530.
— Beziehungen der Syphilis zu einigen nervösen Affektionen 240.
— Neue Vorlesungen über die Hautkrankheiten nervösen Ursprungs 530.
— 36. 37. 38. 71. 144. 205. 207. 214. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 234. 239. 375. 590. E.-H. III. 86.
— u. Tavernier, Beitrag zur pathologischen Anatomie u. Natur der Elemente der Prurigo 532.
Lepers, Syphilis u. Paludismus 150. 240.
Lesser, Edm., Über Nebenwirkungen bei Injektionen unlöslicher Quecksilberpräparate 48.
— 151. 478. 489. E.-H. III. 16. 23. 26.
Leszynsky, Disseminierte Pigmentbildung nach Anwendung von Arsenik 330.
Letzel, G., Die verschiedenen Anwendungsarten der Heilquellen u. Quellenprodukte des Bades Krankenheil-Tölz in Oberbaiern 528.
— Über Balneotherapie des chronischen Ekzems 381.
Letzerich, Untersuchungen und Beobachtungen über die Ätiologie und die Kenntnis der Purpura haemorrhagica (Morbus maculosus Werlhofii) 312.
Leukart 234.
*Leven, Seltene Anomalie des Hodens 311.
— 434.
Leviseur, Schwarze Haarzunge 96.
— Prophylaxis des Herpes tonsurans der Kopfhaut 320. 423.
— Referate 96. 317. 321. 324. 328.
Lewentaner, Über antiseptische Behandlung der Variola 289.
Lewin, G., Keloid bei einem Neger 193.
— 71. 154. 160. 281. 282.
— L. 274.
Lewis, Br., Fall von Lepra 83.
Leyden 589.
Liebermann 153. 156. 158. 159. 160. 161. 162. 168.
Liebreich, Haarwasser für die Kopfhaut 288.
— Borsäurelanolin 286.
— 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 167. 168. 169.
Lies 504.
Lindenborn, Über dithiosalicylsaures Natron II. 187.
Lindsay-Steven, Hereditäre Verhältnisse bei Trichorrhexis nodosa 331.
Linhart, Zur Endoskopie — ein leichtes Verfahren ohne kostspieligen Apparat 585.
Lippold 450.
Lisfranc 436.
Lister 220.
Liveing 23. 25. 30. 31. 70. 73. 75. 560. 568.
Lockwood, G. R. 319.
Löffler 50. 260. 445.
Löwe, E.-H. II. 14. 15.
Löwenthal, Über Einspritzungen von Kalomelöl u. Oleum cinereum 325.
Lohnstein, Ein neuer Harnröhrenspülapparat für die gesamte Harnröhre 429.
Loiset 450.
Lord 489.
Lormand 391.
Loven 67.
Luca, de 221. 394. 400. 401. 402.
Ludwig 66. 67.
Lugol 38.
Luschka E.-H. II. 70.
Lustgarten 120. 429.
Lutz, A., Personalia 152.
— 220. 232. 239. 241.
Lydtin 504.

Mackenzie, M., Lepra und deren Einfluſs auf die Luftwege 86.
*Mackenzie, St., Über Dermatitis exfoliativa universalis 170.
Macorps 452.

Digitized by Google

Mahmud 21.
Maieff, de, Pigmentsyphilis 240.
Major, A. 77.
Maite 503.
Malachowski u. Röhmann, Über Entstehung und Therapie des akuten Jodismus 383.
Malmsten 339.
Malpighi E.-H. II. 56. 87.
Manassei, Präventivkur der allgemeinen syphilitischen Infektion u. Abortivkur der aktuellen Sekundärperiode 150.
— Lepra maculosa anaesthetica mit Chaulmoograöl und mit lokalen hypodermischen Hydroxylaminapplikationen behandelt 150.
— Neue Thatsachen, welche die Wiederherstellung der Haut bei der Behandlung des Lupus beweisen 150.
— Großes Lymphom der linken Gesichtshälfte durch Elektrolyse behandelt 150. 213.
— Varicocele durch Elektrolyse behandelt 150.
— Das Hydroxylamin in der Behandlung der Hautkrankheiten 150. 240.
— 581.
Mandl E.-H. II. 40.
Mannino 393. 400. 401. 402.
Mandry, G., Die Behandlung der Syphilis mittels Injektionen von Oleum cinereum 424.
Mans 503.
Manssurow 223. 241.
Manz, W. E.-H. II. 94.
Marfaud 219.
Markuse 32.
Martigny, C. de E.-H. II. 54.
Martineau 391.
Marty, Lupus des Larynx 150. 240.
Mascagni E.-H. II. 54.
Masini 86.
Matlakowski, W., Periurethritis dissecans 584.
Mauriac, Tertiäre Syphilis 224.
— 224. 227. 231. E.-H. III. 17. 21. 29. 31. 52. 72.
Max 532.
May 446. 449.
Mayer, G., Tabes dorsalis und ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen 589.
— Die Gicht und ihre Behandlung an den Thermen zu Aachen 482.
Mégnin 451. 452. 503. 506.
*Meissner, G., Zur Funktion der Knäueldrüsen E.-H. II. 85.
— E.-H. II. 8. 9. 12. 15. 16. 18. 19. 20. 71. 72. 73. 74. 75. 87. 94.
Melle, J., Die Bacillen des Rhinoskleroms 38.
Meneault u. Iscovesco, Über den syphilitischen Pseudorhachitismus 240.
Menges 452.
Merkel, G., Sulfonalexanthem 90.
Meyer, Victor, Sublimatlösungen 33.
Meyer, G., Über die Heilung von Karbolekzem durch Lanolin 422.
Michelson, P., Über Trichofolliculitisbakterien 47. 322.
Miethke, Beitrag zur Histologie des Lupus erythematosus 348.
Miller, W. D., Die Mikroorganismen der Mundhöhle 527
Milroy, Ulcus rodens 330.
Milton 20. 22. 73. 75.
Mitra, Nervendehnung bei Lepra 87.
Model, A., Graue Quecksilbersalbe als Abortivum gegen Panaritium 536.
Moebius 449. 453.
Möller 506.
Mörlin 503.
Molènes 21.
Molènes-Mahon 71.
Moleschott 164.
Monot, Ch., u. Reboul, Die Morvansche Krankheit 35.
Montague, H., Die elektrolytische Behandlung der Hypertrichosis 317.
Morel, Beziehungen der Syphilis zur Paralysis universalis 240.
Morel, V., Venerische und syphilitische Anomalien 240.
Morel-Lavallée, Tuberkulose d. Mundes 574.
— Bemerkungen zu einem Fall von Masern bei einem an Urticaria pigmentosa erkrankten Knaben 576.
Morelle 37.
Morgan 388.
*Morison, R., Beitrag zur Frage von der Pigmentbildung in der Haut der Neger 485. 150. 213.
— 354. 357. 393.
Morris, M. 107. 207. 241. 340.
Morris, W. A., Beriberi 333.
Morrow, P. A., Persönliche Beobachtungen über Lepra in Mexiko und auf den Sandwichinseln 323.
— Die Lepra auf den Sandwichsinseln 150.
— 107.
Morvan 35.
Mosengeil 327.
Mouktar, D., Syphilitischer Schanker ohne Bubo 241.
Mraček 241.
Mulder, E.-H. II. 58.
Müller 504. 505. E.-H. II. 96.
*Müller, G., Bericht über die Leistungen auf dem Gebiete der Veretinär-Dermatologie in den letzten Jahren 446. 502.
— 446. 447. 452. 503.

Digitized by Google

*München, G., Die Kontagiosität der Lepra u. die gegen dieselbe in Rufsland zu ergreifenden Mafsregeln 412. 454. 508.
Munk, J. 155.
Murray, F. M., Anthrax maligna 192.

Nagel-Schnakenburg 422.
Napier, Akutes zirkumskriptes Ödem 188.
v. Nathusius-Königsborn 448.
Naunyn 589.
Neelsen 495. 501.
Neisser, A., Über die Verbreitung der venerischen Krankheiten unter den Prostituierten 197. 371.
— Über das Epithelioma s. Molluscum contagiosum 33.
— Über die Struktur der Lepra- und Tuberkelbacillen mit spezieller Berücksichtigung der Rosanilin- u. Pararosanilinfarbstoffe 47.
— Über Leprazellen 47.
— Bedeutung der Gonokokken für Diagnose u. Therapie 48.
— 94. 148. 228. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 389. 392. 414. 439. 491. 502. E.-H. III. 65.
Neroth, Lokale Anwendung des Acetanilid 316.
Neuberger, J., Polypen der Harnröhre 92.
Neumann 451.
Neumann, J., Über die klinischen und histologischen Veränderungen der Vaginalschleimhaut 48.
— Hereditäre Syphilis 150. 222.
— Pemphigus vegetans 150. 215.
— 122. 146. 206. 213. 219. 222. 223. 229. 232. 241. 340. 355. 357. E.-H. III. 12. 13. 31. 61.
Nieden, A., Kataraktbildung bei teleangiektatischer Ausdehnung der Kapillaren der ganzen Gesichtshaut sowie der Haut an den Händen u. Vorderarmen 193.
Niederhäusern, von 450.
Nielsen, L., Karzinom auf Lupus 324.
Nitze 495.
Nodet 21. 104.
Nothnagel 194.
Nuhn E.-H. II. 73. 74.
Nunn 447.
Nufsbaum 428.

*Oberländer, Chronisch gonorrhoische Affektionen der Scheiden-Schleimhaut bei Prostituierten 495.
— 378.
Obermayer u. Paschkis, Über Resorption des metallischen Arsens 34.
Obraszow 393.
Oedmansson 94.
*Oehl, E., Mikroskopisch-anatomische Untersuchungen zum Studium der Epidermis u. Cutis der Palma manus E.-H. II. 21.
— E.-H. II. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 20.
Oestreicher, Mitteilungen zur Therapie der Psoriasis 280.
— Zur therapeutischen Verwendung des Hydracetin bei Psoriasis 320.
Ohmann-Dumesnil, Referate 78. 79. 80. 81. 83. 84. 85. 86.
— Über einen Fall von autochthoner Lepra 81.
— Das Campho-phenique und seine Anwendung bei den Hautkrankheiten 150.
— Pathogenese u. Pathologie des Lupus erythematosus Cazenave 150.
Ohrtmann 405.
Olavide, Über das Kontagium der Lepra u. die Zahl der Leprösen in Spanien 238.
— Behandlung des Lupus 240.
Oppenheim 589.
Ostermayer, E., Über die Behandlung der Brandwunden mit Sozojodolkalium 529.
Ostertag 504.
Ostroumoff, Versuche über die Hemmungsnerven der Hautgefäfse 63.
— 65. 67.
Oswald, R. J. W. 24. 73.

Pajor, A., Urethritis membranacea desquamativa 94.
Palmgren, W., Über Phlebektasien an der oberen Extremität u. deren Behandlung 529.
Parisot u. Spillmann, Furunkulosis u. Polyurie 537.
Parker 188.
Parkert 327.
Parsons, R. M., Gehirnsyphilis 328.
Paschkis u. Obermayer, Resorption des metallischen Arsens 34.
Passet 50. 53. 54. 262.
Pasteur 339. 340. 341. 469.
Pauly, J., Referate 33. 34. 35. 40. 41. 43. 95. 193. 315. 320. 328. 329. 331. 333. 426. 532. 536. 537. 576. 581. 584.
— 451.
*Pavloff, T., Impeticula capillitii, eine neue impetigoähnliche Krankheit des behaarten Kopfes 253.
*— Entstehung und Schicksale des Kerathyalins vor und nach der Geburt 302.

Digitized by Google

Pavloff, T. 347.
Payne, Das Erythrasma 150. 240.
Peltesohn, Pathognomonische Residuen der Syphilis am Auge 424.
Percival E.-H. II. 53.
Perret u. Rodet, Experimentelle Untersuchungen über Scharlach 41.
Perrin, Disseminierter Lupus erythematosus, welcher sich scheinbar Menstruationsanomalien anschloſs 240.
— Blennorrhagie, gangränöse Balanoposthitis; Pleuritis diaphragmatica, beiderseitige Phlebitis der Unterextremitäten; Gelenkentzündung der Articulatio sternoclavicularis 240.
— Leukoplakia buccalis 213.
Petersen, O., Demonstration von Photographien von Leprakranken 47.
— Nomenklatur u. Perioden der Syphilis 150.
— Referate 284. 285. 289.
— 516.
Petrini, Behandlung der Lues mit Hg-tannat 150.
— 144. 210. 221. 237.
Petzold, Über Komplikationen bei Ulcus molle 283.
Peyer, Angeborener, scheinbar absoluter Aspermatismus, übergeführt durch örtliche Behandlung in relativen Aspermatismus. Befruchtung während des letzteren Zustandes 429.
Peyran 241.
Peyron 203.
Pfeiffer, L., Die Verbreitung des Herpes zoster längs der Hautgebiete der Arterien und dessen Stellung zu den akuten Exanthemen 477.
Philippi, Referate 39. 188. 190. 191. 192. 193. 290. 316. 318. 320. 322. 326. 327. 328. 330. 331. 332. 482. 529. 590.
— 503.
Philipps, W. A., Fall von Gonorrhöe mit Purpura rheumatica 318.
*Philippson, L., Bericht über die Sitzung der Abteilung für Dermatologie und Syphilis während der 62. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Heidelberg 370.
— Mikroskopische Demonstration von Oberflächenpräparaten verschiedener Dermatatosen 290. 379.
— Referate 41. 479. 480.
— 36. 38. 78. 166. 293. 387. 406. E.-H. II. 11.
Pick, F. J., Zur Kenntnis der Akne frontalis seu varioliformis (Hebra), Akne frontalis necrotica (Boeck) 536.
— 47. 241. 388. 525. 532.
Piffard 107. 204. E.-H. III. 20.
Pileur, Le, Über eine noch wenig gekannte bestimmende Ursache der merkuriellen Stomatitis und ihre Behandlung 241.
Pillwax 505.
Pinner, Zur Frage von der Resorption des Quecksilbers im tierischen Organismus 284.
Pirogoff 536.
Pitha 312.
Plaut, H. 447. 450. 451. 452. 453. 502.
Polansky 453.
*Pollitzer, S., Über die Natur der von Zander im embryonalen Nagel gefundenen Körnerzellen 346. 379.
— Histologie der Condylomatosis nigra multiplex 290. 379.
— Bacillen bei Lepra nervosa 239. 290. 379.
Polyak, Ludw., Xanthoma multiplex kompliziert mit Leberleiden 329.
Pontoppidan, E., Referate 314. 323. 325. 429.
Popow 448.
Porras, M., Klassifikation der Hautkrankheiten 150.
— Pruritus hiemalis 150.
Portalier, Von der Recidive in situ einzelner Syphilisformen 240.
Posner, Zur Blasenpunktion 427.
Pospelow, Extragenitale Syphilisinfektion 326.
Pott 32.
Pourguier 450.
Powell, D., Ein Fall von Lepra 79.
Power, H., Beziehungen der Augenerkrankungen zu gewissen Normal- und pathologischen Zuständen der Sexualorgane 43.
Preyer, Über die Abhängigkeit der Harnmenge von der Häufigkeit der Blasenentleerung 430.
Prietzsch 448. 451. 503. 504. 505. 506.
Pringle 222. 237.
Proust, Differentialdiagnose zwischen Aïnhum oder kongenitaler Misbildung 331.

Quincke 340. 342. 470. 473. 532.
Quinquaud, Folliculitis epilatoria 474.
— Syphilitische Trigeminus-Neuralgie 476.
— Hydroa oder Impetigo contagiosa? 521.
— Keloide 476.
— Folliculitis agminata serpiginosa 520.
— Bakterienflora der Haut 527.
— Ichthyosis 520.
— Verluste, welche der Organismus im Verlaufe der exfoliativen Dermatosen erleidet 240.

Digitized by Google

Quinquaud, Cellulome épithéliale éruptif multiple 220.
— Xeroderma pigmentosum 222.
— 134. 135. 217. 218. 238. 474. 477. 519. 520. 521. 523. 524.

Rabe 447. 448. 504. 505. 506.
Rabow, Haarwasser 333.
Rake, B., Anästhetische Lepra; Ulcus perforans; Nervendehnung; Gangrän des Fufses; Amputation; Heilung mit konsekutivem, häufigem Ekzem und Diarrhöe 84.
— Bericht über Kulturversuche mit Bacillus leprae 86.
— Leprabacillen 87.
— Fall von Lepra tuberosa 87.
— Über Behandlung der Lepra tuberosa mittels Exzision 87.
— Synopsis von Dr. Rakes Versuchen mit Nervendehnung bei Lepra 87.
— Bemerkungen über den Wert der Nervendehnung bei Lepra auf Grund von 100 Fällen 89.
Ranvier 153. 154. 213. 214. 346. 347. E.-H. II. 8. 13. 18.
Ravogli, A., Pemphigus malignus 189.
Rayer 70.
Raymond, P., Die Hauterkrankung bei der Pellagra 576.
— Peptonurie bei Syphilis 240.
— Urticaria pigmentosa 214.
— 202. 373.
Raynaud 13. 14. 270. 365. 366.
Raynaud, H., und H. Sulliot, Jodoformdarstellung 34.
Reboul 35.
Reeps 3. 5.
Reimer, Rubeola 289.
Remak 339.
Renault, A., Einige Sonderheiten über Variola 150. 239.
Rensi, de, Stomatitis mercurialis et scorbutica mit Sublimat behandelt 34.
Reumont 327.
Ribaud, Behandlung der Verbrennungen durch Schwefelsäure 34.
Richard, Prophylaktisches Erfordernis bei Masern 328.
— 450.
Ricord † 435.
— 203. 241. 388. 394. 400. 401. 436. 437. 438.
Richaud 117. 207. 293. 534.
Riechelmann 504.
Richter 503.
Biedel 5.
Rieffel 453.
Rieger 388.
Riehl 241.
Ries, Über das Epidermidophiton mit Demonstration mikroskopischer Präparate 47.
Rineker 388.
Ritter 332.
Rivolta 451.
*Roberts, H. L., Untersuchungen über Reinkulturen des Herpes tonsurans Pilzes 339.
*— Antwort an Dr. P. Grawitz, Professor in Greifswald, über die Trichophyton-Frage 570.
— Referate 86. 87. 89. 423. 426.
— 469. 470. 471.
Robin 339. 400. 503. E.-H. II. 46.
Robinson 116. 120. 122. 128. 144. 204. 206. 534.
Rodet u. Perret, Experimentelle Untersuchungen über Scharlach 41.
Röbert 452. 507.
Röhmann u. Malachowski, Über Entstehung und Therapie des akuten Jodismus 383.
Röll 446. 447. 448. 449. 451. 453. 502. 503. 504.
Roloff 505.
Rollet 224.
Romberg 35.
Róna, S., Urticaria nach Morbilli 76.
— Einige Worte zur Pellagrafrage in Ungarn 77.
— Hochgradige Ichthyosis im Säuglingsalter 286.
— Fall von induratio primaria tonsillae 192.
— Referate 77. 90. 91. 92. 93. 94. 192.
— 123. 124. 204. 207.
Roque 400.
Rosenthal, Carl, Zur Behandlung des Erysipelas migrans 536.
Rosenthal, O., Fall von partieller Sklerodermie mit Übergang in halbseitige Gesichtsatrophie, kombiniert mit Alopecia areata 332.
— 280. 282.
Roshdestwensky 514.
Rosolimos, Einige Eigentümlichkeiten der Behandlung der Blennorrhöe durch Einträufelungen 151. 240.
— 230.
Rossberg 450.
Rost 503.
Royer, A., Zahlreiche verhärtete Gummata am Isthmus faucium 581.
Rumpf 589. 590.
Runeberg 151.
Russel, Ch. P., Nicht juckender Lichen planus als Folge einer Amputation 190.

Saalfeld, Über Behandlung des Lupus mit Perubalsam 374.

Digitized by Google

Saalfeld 376. 378.
Sabin, R. H. 24.
Sahli 360.
Salisbury 393.
Salkowsky 4. 154. 158. 163.
Salle 450.
Salsotto 32.
Samter, P., Zur Behandlung des Erysipels mit Karbolinjektionen 423.
Sanctorius 283. 284.
*Santi, Aug., Enthält das menschliche Hautfett Lanolin? 153. 235.
Sartorius 418.
Scarenzio 151.
Schadrin 447.
Scherer E.-H. II. 59.
Schiff, Ed., Behandlung der Brandwunden mit Jodoform 212.
— 207. 236. 237.
Schiffahrt 505.
Schindelka 451.
Schleg 450. 504. 505.
Schmidt 452.
Schneidemühl 504.
Schneider 452.
Schnurmanns-Steckhoven 32.
Schönlein 534.
Schötz, Erythema exsudativum in den Halsorganen 285.
Schramm, F. 71.
Schrulle 504.
Schuchard, B. 479.
Schütz, J., Demonstration mikroskopischer Präparate von Lupus erythematosus 381.
— 381. 451.
Schütze, C. 429.
*Schuster, Über Favusbehandlung 1.
— Rheumatismus gonorrhoicus oder Syphilis? 287.
— Bemerkungen über die therapeutische Verwertung der Hypnose 288.
— 230.
Schwabach 388.
Schwann, E.-H. II. 61. 70.
Schwarz 503. 505.
Schweninger, Kleinere Mitteilungen über Verruca vulgaris, Pseudolepra, Hemiatrophia facialis progressiva 380.
— 17. 348. 356. 360. 380. E.-H. II. 14.
Schwimmer, Zur Pellagrafrage in Ungarn. 77.
— Sarcoma idiopathicum multiplex cutis 90.
— Fall von Dermatitis herpetiformis 91.
— Über die nervösen Hautkrankheiten 151.
— Universelles Pigmentsarkom 151.
— Über das universelle Pigmentsarkom 237.
— 94. 144. 207. 210. 214. 215. 216. 217. 222. 229. 230. 231. 232. 237. 241.
Seaman 450.
See, G., Haut- und nervöse Erscheinungen bei Diabetes mellitus 95.
Ségond, Varicocele als Ursache der Impotenz 426.
*Sehlen, D. von, Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchung bei der Chrysarobinbehandlung der Trichophytie (Herpes tonsurans) 290. 379. 547.
— Zur Frage nach den Ursachen der Alopecia areata 290. 379.
— Über die bakteriologische Methodik in der Dermatologie 290. 379
— Fruktifikationsformen des Trichophyton tonsurans 290. 379.
— Demonstration von Pilzen der Flora dermatologica 290.
— Züchtung des Mikrosporon furfur 290. 379.
— 260. 374. 378. 379. 445. 546.
Seifert, Referat 283.
Senator 325.
Senger, Lupusexzision und dessen plastische Deckung, nebst einigen Bemerkungen zur Thierschschen Hauttransplantation 325.
Sevestre, Übertragung der Masern und der Diphtheritis 329.
Shanos 394.
Sherwell 107.
Shoemaker 227.
Siedamgrotzky 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 502. 503. 505. 506. 507.
Sigmund 327.
Simon E.-H. II. 40. 53.
Simon, Th. 269.
Sjöström, A., Fall von Morbus Addisonii 193.
Sirsky, Pemphigus vulgaris 530.
Skale 452.
Smet, E. de, Fall von Favus bei einem Neugeborenen 534.
*Smirnoff, G., Ist der Aussatz ansteckend 291.
— 151.
Smith 32.
Smith, W. G. 24. 31. 73.
Snellen 67.
Sondermann 453.
Soula 506.
Soundby 104.
Spillmann 400.
— u. Parisot, Furunkulosis u. Polyurie 537.
Spinola 449.
Squire, B., Einige Eigentümlichkeiten in der Entwickelung des Lupus 147.
Stadthagen, M., u. L. Brieger, Über Cystinurie 43.
Stannius E.-H. II. 70.
Steinbach 504.
Steinheil 33.

Digitized by Google

Steinschneider, Vulvovaginitis gonorrhoica 48.
— u. Galewski, Diplokokken der männlichen Urethra 48.
Stern, Edm., Zur Ätiologie der Sykosis vulgaris 198. 381.
— Zur Narbenverbesserung 198. 381.
Stricker, G., Rote Streifen auf dem Zahnfleisch 39.
Sticker 154. 160.
Stowers, Lupus 151.
— Trophoneurosen 151.
Strauſs 400. 401.
Strümpell, A., Über die Beziehungen der Tabes und der progressiven Paralyse zur Syphilis 581.
Sulliot, H., und H. Raynaud, Jodoformdarstellung 34.
Swieten, van 149.
Szadek, K., Ein Beitrag zur Salbensondenbehandlung der chron. Urethritis 332.

Tacke, Einige Worte zur Behandlung der Syphilis mit subkutanen Kalomelinjektionen 581.
Takács, A., Über Pellagra 77.
— 77.
Taenzer, P., Referate 94. 95. 189. 191. 287. 321. 326. 332. 428. 429. 430. 431.
— 49. 134. 560.
Tanturri 388.
Tappey, E. T., Fall von multiplem Molluscum fibrosum 193.
Tavernier, A., und Leloir, Beitrag zur pathologischen Anatomie und Natur der Elemente der Prurigo 532.
— Referate 37. 38. 78.
— 228. 229.
Taylor, R., Lichen ruber, dessen Vorkommen in Amerika und Unterscheidung von Lichen planus 190.
— 116. 120. 122. 204. 534.
Tennesson, Verrucae planae juveniles 471.
— Tripperkranker mit Gelenkaffektionen und typischer Hydroa 477.
— Tuberculosis narium 521.
— Syphilis hereditaria 526.
— Vitiligo bei einem Syphilitischen 526.
— Trichophytiasis 522.
— Dermatitis herpetiformis 472.
— Lichen obtusus 572.
— 142. 473.
Terrier 426.
Texo 32.
Thibièrge, Xeroderma pigmentosum 222.
— 202.
Thiersch 95. 325. 330.
Thin, G. 86.
Thïry 66.
Thoms 503.
Thomson 328.
Thomson, H. 318.
Thompson, B. 22. 39. 73.
Tilanus, C. B., Über Aktinomykose der Gesichtshaut 384.
Tilley, R., Fall von kongenitaler Atrophie der Augenbrauen und -lider nebst Atrophie sämtlicher Fingernägel 330.
Tisserant 506.
Todd E.-H. II. 70.
Tode 436.
*Török, L., Zur Lichen ruber-Frage 115.
*— Histologie des Lichen planus 151. 240.
*— Referat über den internationalen Kongreſs für Dermatologie und Syphilographie in Paris 1889. 201.
— Referate 583. 584.
— 142. 152. 221. 235. 238. 250. 384. 385. E.-H. III. 51. 73.
Tolstuchow 504.
*Tommasoli, P., Neue Studien über Syphilide E.-H. III.
*— Beitrag zur Histologie der Pityriasis rubra 246.
*— Flora dermatologica, Bacillen, Kokken und Hefeformen 49.
— Histologie der tertiären Syphilide 151. 240.
— Salbenspritzen 240.
— 32. 50. 52. 235. 400. 401. E.-H. II. 15.
Torre, del E.-H. III. 11.
Touton, C., Folliculitis praeputialis et paraurethralis gonorrhoica 94.
— Zoster im Anschluſs an die intramuskuläre Injektion von Hydrargyrum salicylicum 377.
— 377. 583.
Trew E.-H. II. 49.
Treymann 25.
Trousseau, A., Über einen Fall von Keratitis interstitialis bei einer Frau mit Lues acquisita 581.
Türkheim, Referate 477. 527. 530. 531. 533. 534. 536. 537. 576. 577. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 590.
— 20. 69.
Tursini 403.
Tyson 95.

Uebele 504.
Uhlich 504.
Ullmann, K., Anfoinfectio syphilitica — Postinitiale Infektion 580.
Ullrichs 449.
*Unna, P. G., Vorlesungen über allgemeine Pathologie der Haut. I. Anämie 7. II. Allgemeines über Hyperämien der

Digitized by Google

Haut 62. III. Wallungshyperämie 266. IV. Stauungshyperämie 357.
*Unna, P. G., Behandlung des Ekzems mit Resorcinumschlägen 44.
*— Flora dermatologica. Bacillen, Kokken und Hefeformen, bearbeitet von P. Tommasoli 49.
*— Über die Duhringsche Krankheit und eine neue Form derselben 97.
*— Über Ulerythema sykosiforme 134.
— Histologie der Lepra nervorum und Syphilis nervorum 151 232.
— Pathologische Anatomie des Ekzema seborrhoicum 151. 240.
*— Über die Notwendigkeit eines internationalen Atlasses der seltenen Hautkrankheiten 151.
— Über einen neuen Mikrobrenner 290. 374.
*— Zur Behandlung der Trichophytie 543. 290. 376.
*— Papulöses Syphilid der Handteller und gynäkologische Praxis 480.
*— Symmetrische Keratodermie oder keratoides Ekzem der Hände 540.
*— Zwei vergessene Arbeiten aus der klassischen Periode der Hautanatomie E.-H. II.
*— Neurosyphilide und Neurolepride E.-H. III. 75.
— Gebrauch des Ichthyols bei inneren Krankheiten 586.
— Referate 283. 313.
— 6. 33. 49. 61. 114. 115. 116. 117. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 144. 145. 152. 156. 169. 202. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 216. 218. 219. 220. 222. 223. 227. 230. 232. 236. 237. 239. 241. 244. 245. 246. 252. 253. 263. 265. 266. 267. 285. 302. 303. 304. 309. 310. 311. 317. 332. 339. 340. 345. 346. 347. 348. 354. 357. 372. 373. 374. 375. 376. 378. 379. 380. 381. 382. 431. 438. 439. 440. 441. 445. 476. 488. 489. 490. 492. 520. 521. 524. 525. 529. 536. 547. 552. 553. 554. 556. 558. 560. 561. 566. 567. 568. 569. 570. 576. 590. E.-H. II. 14. 16. III. 11. 22. 25. 28. 31. 34. 35. 50. 51. 52. 53. 54. 57. 58. 59. 60. 61. 66. 72. 73.
Unterberger 447.
Uskoff 405.
Utz 450.

Vajda 146. 226. 241.
Valentin E.-H. II. 40. 59. 69.
Vauzème, R. de E.-H. II. 87.
Veiel, Mykosis fungoides 48.
— Fall von Naevus pigmentosus 374.
— 277. 354. 375. 381.
Verdeil E.-H. II. 46.
Verfaillie 507.
Verité, Fall von Myxödem 151.
Vernoni 315.
Verujski 340. 570.
Vidal, E., Syphilis oder Ekzema seborrhoicum 574.
— Pityriasis rubra Devergie 574.
— Mandelschanker 574.
— Flächensyphilom 574.
— Spontanes Keloid 575.
— Hautsarkome 238.
— Tertiäres erythematöses Syphilid 524.
— Lupus erythematosus 576.
— Oberflächliches tertiäres Syphilid 525.
— Zona ophthalmiaca 527.
— Lichen ruber oder Lichen planus? 521.
— Ulcus durum der Zungenspitze 521.
— Lupus erythematosus der Lippen und der linken Wangenschleimhaut 523.
— Lichen planus 524.
— harter Schanker der Unterlippe 525.
— 33. 104. 118. 141. 142. 143. 144. 145. 205. 208. 210. 212. 217. 218. 219. 222. 236. 301. 434. 453. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 573. 574. 575. 576. E.-H. III. 72.
Vineta und Bellaserra, Das Naphthol bei Hautkrankheiten 151.
— Einfluſs der Pikrinsäure auf die Haut mit Rücksicht auf die gerichtliche Medizin 151.
— Von der Abschwächung des syphilitischen Virus durch das Quecksilber 151.
Violette 37.
Violi, Über die Syphilis neonatorum in der Türkei 151. 240.
Virchow, R. 529. E.-H. II. 8. E.-H. III. 12. 24. 28. 33. 69.
Volkmann, R. 149. E.-H. III. 35. 60.
Vulpius 158. 162. 163.

Wackez, J., Über Kreolinekzem 91.
Wagner, Fälle von menstrualem Erysipel 70.
— 373. E.-H. II. 23. 40. 70. 71. 72. 73. 74.
Wahl 516.
Waldeyer 304. 584. E.-H. II. 8.
Wallace E.-H. II. 54.
Walther, W. 447. 453. 504. 505. 506.
Watraszewski, Vergleichende Studie über den Heilerfolg von subkutanen Injektionen unlöslicher Quecksilberverbindungen 151. 384.
— 231. 385.
Weber 450. E.-H. II. 50. 67. 70. 71. 81.
Wedekind E.-H. II. 55.
Wegener 449.
Weigel 503.

Digitized by Google

Weinlechner 537. 584.
Welander, E., Smegmabacillen 429.
— Über die Behandlung der Syphilis mit Injektionen von Thymol- und Salicylquecksilber 539.
Werlhof 312.
Werner 451.
Wernich 507.
Wessinger, J. A., Klinische Bemerkungen über Ulcus perforans pedis 331.
Weyl 205.
Weyl, Th., Über Vergiftung durch gefärbte Textilfasern 76.
White, J. C., Über einen Fall von Keratosis (Ichthyosis) follicularis 533.
— Erysipelbehandlung 322.
— Hereditäre Dermatosen 151. 240.
White, W., Diagnostischer Wert der Toleranz der Jodide bei der Behandlung der Syphilis 152. 327.
— Beziehungen der Syphilis zu gewissen Krankheiten des Nervensystems, Tabes, Paralysis generalis 152.
— 232. 235.
Wickham und Hallopeau, Über das Ektropium nach Gesichts-Syphilis 580.
Wickham, Pathologische Anatomie und Wesen der Pagets disease 234.
— 232. 234. 236.
Widmack, Über den Einfluſs des Lichtes auf die Haut 152.
Wigglesworth 388.
Willan 208. E.-H. III. 15.
Wilson, E. 21. 31. 73. 115. 171. 172. 204. 205. 207. 208. 265. 534. 554.
Wiltshire, Alfred 31. 70.
Winternitz, Über die quantitative Quecksilberbestimmung 48.
Wölfler, A., Über die mechanische Behandlung des Erysipels 536.
Wolf 320. E.-H. III. 81.
Wolff, Über Jodkaliumwirkung bei Syphilis 380.
— 312. 381.
Wunderlich 217.
Wyndham 75.

Zahn 503.
Zambaco, Über die Lepra 152.
— Kontagiosität der Lepra 239.
— 226. 232. 239. 241. 291. 292.
Zander 290. 346. 347. 348.
Zeising, Über toxische Dosen verschiedener Quecksilberpräparate 48.
— 539.
Zeissl, v., Über die Lymphgefäſse der männlichen Genitalien 47.
— E.-H. III. 14. 71.
Zeisler, Jos., Über den Wert der Lokalbehandlung der Syphilis 327.
Ziegler 439. E.-H. III. 46.
Ziem 33.
Ziemsen 357.
Zipperlen 450.
Zülzer, W., Ein Beitrag zur Kenntnis des Urethralfiebers 430.
— 4. 6. 587.
Zündel 453. 504.
Zürn 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 502. 503. 504. 506.
Zuriaga, Weitere Fälle zum Beweise der Kontagion der Lepra 577.
Zschokke 449. 506.
Zwillinger, H., Beiträge zum Pemphigus der oberen Luftwege 91.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

41C 1608

HB
3411

Digitized by Google

Digitized by Google